ROK VI WARSZAWA 1932 MARZEC ZESZYT III

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

O więzi[1])

podał

DOCENT DR. MED. SEWERYN CYTRONBERG

Pozwalam sobie zająć uwagę Panów krótkim referatem o więzi (konstytucji) wogóle i o więzi zbadanych przezemnie chorych w szczególności. Nauka o więzi staje się obecnie coraz bardziej ośrodkiem najnowszych kierunków lekarskich i stopniowo wyłania się odmienny od dotychczasowego kierunek ogólny medycyny. Powiadam „odmienny od dotychczasowego“, lecz nie nowy. Albowiem nauka o konstytucji nie jest czemś zupełnie nieznanym w medycynie, lecz wręcz przeciwnie, raczej nawrotem w pewnym stopniu do poglądów, metod badania i sposobów postępowania leczniczego dawnych pokoleń lekarskich, odległych od nas o conajmniej 100 lat.

Jak wiemy, lekarze epok minionych kierowali się w swoich rozpoznaniach objawami, widocznemi dla gołego oka, słyszalnemi dla nieuzbrojonego ucha, słowem, łatwo dostępnemi dla nieuzbrojonych zmysłów badającego. Wielowiekowa empirja pouczyła ich, że z samego wyglądu chorego, jego wydzielin i t. d. można dużo wnioskować o rodzaju i natężeniu stanu chorobowego, można ze znacznem prawdopodobieństwem rokować o dalszym przebiegu choroby i, co najważniejsze, można oprzeć na tych łatwo osiągalnych danych leczenie, częstokroć nader skuteczne. To też, zaczynając od *Hippokratesa, Galena, Celsusa,* następnie *Avicenny, Majmonidesa* aż do *Paracelsusa, Hoffmanna, Boerhave* i t. d., wszyscy wybitni lekarze starali się podać

[1]) Według wykładu, wygłoszonego dnia 29 września 1931 r. w szpitalu św. Łazarza w Warszawie podczas konkursu na stanowisko ordynatora oddziału chorób wewnętrznych szpitala Starozakonnych.

możliwie więcej cech łatwo stwierdzalnych, a charakterystycznych dla najczęstszych chorób. Stwierdzić należy, że, nie bacząc na ich nader nikłe i nieścisłe wiadomości anatomiczne, fizjologiczne i t. d., dar spostrzegania, doprowadzony przez poszczególnych lekarzy dawniejszych niemal do szczytu doskonałości i subtelności, umożliwił ustalenie szeregu nader ważnych objawów klinicznych, częściowo znanych i uznawanych jeszcze obecnie, częściowo zaś zapomnianych i często niesłusznie zapoznawanych przez oficjalną medycynę współczesną.

Dzięki rozległemu doświadczeniu empirycznemu lekarze epok minionych wiedzieli doskonale o tem, że pewne choroby zdarzają się najczęściej lub niemal wyłącznie w pewnym wieku, u mężczyzn lub u kobiet, u osób z tą, a nie inną budową ciała, długością szyi i t. p. Wobec tego lekarze dawniejsi dzielili chorych na różne grupy według wieku, płci, budowy kośćca, zabarwienia, ukrwienia i napięcia skóry, stanu odżywienia, napięcia i rozwoju mięśni i t. p. Już *Hippokrates* rozróżniał tedy dwa główne rodzaje typów ludzkich, zbliżone do obecnych naszych pojęć: habitus asthenicus oraz apoplecticus. Inni autorowie zwracali główną uwagę na tonus, napięcie, mięśni obwodowych i według niego określali więź danego osobnika bądź jako mocną, sprężystą, bądź też jako słabą, wiotką.

Aż do końca wieku XVIII mniemano, że w każdej chorobie rolę główną gra zaburzenie t. zw. consensus humoralis albo też consensus nervosus partium, t j. zachwianie równowagi tych czynników ustrojowych, które na drodze humoralnej lub nerwowej sprzęgają najróżnorodniejsze części ustroju w jedną skoordynowaną całość. Za główny czynnik consensus humoralis partium uważano krew, następnie chłonkę. Niemal na każde schorzenie jakiegokolwiek narządu lub tkanki zapatrywano się, jako na przejaw miejscowy ogólnego zaburzenia równowagi i prawidłowości składników krwi lub chłonki lub innych cieczy i wydzielin ustroju. Wobec takich poglądów na istotę chorób usiłowano działać na spostrzegane miejscowe objawy chorobowe nie tyle bezpośrednio, ile pośrednio przy pomocy środków najrozmaitszych, które, według mniemania lekarzy dawniejszych, wpływały na cechy fizyczne i skład chemiczny krwi, chłonki i t d. Dawne pokolenia lekarskie kładły również duży nacisk na dostateczne wydzielanie moczu, następnie żółci, śliny i innych wydzielin przewodu pokarmowego, wreszcie na prawidłową czynność skóry. Gdy stwierdzano odchylenia w tych czynnościach ustroju, mówiono o różnych dyskrazjach, t. j. o zanieczyszczeniu krwi i chłonki różnemi składnikami, których nerki, wątroba, przewód pokarmowy lub skóra nie zdołała usunąć w mierze dostatecznej. Tak więc mówiono o dyskrazji zapalnej albo też o chorobliwej konstytucji zapalnej, krwotocznej, żółciowej, moczowej, gośćcowej, artrytycznej i t p., a to na podstawie zabarwienia skóry, kształtu stawów, i zapachu moczu lub stolca i t d.

Nader ważne odkrycia, poczynione przez anatomo - patologów, poczynając od *Morgagniego, Bichata, Virchowa* i inn., powiększyły, wprawdzie, ogromnie zasób naszej wiedzy o zmianach chorobowych w różnych tkankach i narządach oraz umożliwiły udoskonalenie klinicznego rozpoznawania. Jednakże rozwój djagnostyki pociągnął za sobą obok wielu niezaprzeczalnych i nader doniosłych wyników dodatnich także pewne ważne następstwo ujemne. Mianowicie, pęd w kierunku możliwie dokładnego rozpoznawania chorób był i jest tak wielki, że wobec niego terapja, leczenie chorego, staje niekiedy na miejscu drugorzędnem. I, rzecz dziwna, właśnie w niektórych największych, najbardziej zasłużonych ośrodkach medycyny klinicznej słyszymy nieraz zdanie, że rzeczą najważniejszą jest rozpoznanie cierpienia, leczenie zaś można zastosować bodaj według pierwszego lepszego vademecum terapeutycznego. Znajomość zmian anatomo-patologicznych, odpowiadających różnym stanom chorobowym, tudzież pewność, że w wielu przypadkach zmian tych nie można usunąć przy pomocy znanych nam środków, wytworzyły ponadto pewien nihilizm leczniczy, który również spostrzegamy w niektórych klinikach przodujących. Doszło przecież do tego, że nie tak dawno temu znany klinicysta wiedeński *Skoda* wygłosił zdanie, iż „błędne jest mniemanie, jakoby przy pomocy naszych leków jesteśmy w stanie wpłynąć w jakimkolwiek stopniu na przebieg lub zejście chorób".

Olbrzymi rozwój bakterjologji wniósł, bezwątpienia, niezmiernie cenne wkłady w skarbnicę wiedzy medycznej i m. inn. umożliwił skuteczne zwalczanie szeregu ciężkich chorób zakaźnych. Jednakże ostatnio coraz bardziej przekonywujemy się, że w przebiegu i zejściu chorób pobudliwość i odporność ustroju, jego cechy swoiste grają rolę niemniej ważną, a częstokroć nawet ważniejszą, niż ilość i jadowitość zarazka.

Do zasadniczej zmiany naszych poglądów w tej dziedzinie przyczyniły się liczne czynniki, jako to: udoskonalenie metod statystycznych, doniosłe spostrzeżenia epidemjologiczne, rozwój serologji oraz nauk o wydzielaniu wewnętrznem i o układzie mimowolnym, wreszcie, last not least, zastosowanie zdobyczy chemji fizycznej i koloidowej w klinice i t d. Na okólnej dalekiej, lecz nie zbytecznej drodze powróciliśmy obecnie do punktu wyjścia, mianowicie, zwracamy obecnie coraz baczniejszą uwagę nietylko na anatomo-patologiczny podkład cierpienia lub na rodzaj i natężenie zewnętrznego czynnika chorobotwórczego, lecz także na ogólne cechy chorego oraz na jego consensus humoralis i nervosus partium, tak zlekceważony przez *Virchowa* i innych skrajnych zwolenników patologji komórkowej, tudzież przez zbyt zagorzałych bakterjologów.

Wyrazem tej zmiany naszego nastawienia klinicznego jest właśnie nowoczesna nauka o więzi. Opiera się ona na olbrzymim materjale, nagromadzonym przez biologów, anatomów, klinicystów ostatnich lat kilkudziesięciu. Nauka o więzi dąży do tego, by dać lekarzowi nietylko możność dokładnego rozpoznania danego cierpienia, lecz także umiejętność ujmowania całokształtu cech swoistych chorego osobnika, warunkujących przypuszczalny przebieg i zejście choroby w danym przypadku, oraz umiejętność stosowania takiego rodzaju leczenia, które najbardziej odpowiada danemu indywidualnemu przypadkowi. Jest rzeczą wręcz niemożliwą, bym mógł w tym krótkim odczycie podać bodaj większość najważniejszych danych, dotyczących współczesnej nauki o więzi. Jednakże postaram się w możliwie krótkim zarysie podać parę wytycznych i wymienić parę najważniejszych określeń, używanych przez konstytucjologów.

Właściwy podkład pod nowoczesną naukę kliniczną o więzi położył *Martius* swoją monografją p. t. „Patogeneza chorób wewnętrznych", ogłoszoną w roku 1897. Jeszcze przed nim anatom *Beneke* przeprowadził nader żmudne pomiary anatomiczne różnych narządów ludzkich. Pomiary te były wielce pomocnym materjałem dla ustalenia różnych typów klinicznych. W ciągu ostatnich lat 30 piśmiennictwo kliniczne o konstytucji ludzkiej urosło niepomiernie, że wymienię tylko nazwiska najważniejszych autorów: *Viola, Sigaud, Bauer, Bartel, Kraus, Aschner, Brugsch, Kretschmer, Stiller, Borchardt* i inni. Poczyniono nader liczne, mniej lub więcej doniosłe spostrzeżenia, przeprowadzono ogromny szereg badań klinicznych, statystycznych i doświadczalnych. Nie bacząc na to, zgóry stwierdzić muszę, że nauka o więzi jest dopiero na samym początku swego rozwoju. Zaledwie zgodzono się ostatnio co do samego określenia pojęcia „więź". Otóż według większości autorów miarodajnych w i ę ź można określić mniej więcej następująco: j e s t z e s p ó ł c e c h o r g a n i c z n y c h i c z y n n o ś c i o w y c h d a n e g o o s o b n i k a, o d k t ó r y c h z a l e ż y s t o p i e ń j e g o p o b u d l i w o ś c i i o d p o r n o ś c i o r a z s p o s ó b o d d z i a ł y w a n i a s o m a t y c z n e g o i p s y c h i c z n e g o n a w s z e l k i e b o d ź c e z e w n ę t r z n e, a m. i n n. n a c z y n n i k i c h o r o b o t w ó r c z e. Więź ogarnia zatem całokształt cech danego osobnika czyli jego f e n o t y p (phaenotypus). Na fenotyp składają się: po 1) zespół cech, odziedziczonych po przodkach, — czyli g e n o t y p, i po 2) ogół cech, nabytych przez danego osobnika od chwili jego powstania,— czyli jego p a r a t y p.

Wszystkie cechy genotypu są integralnie zawarte w chromozomach plemnika i jaja. Dzięki podstawowym badaniom *Mendela* i inn. wiemy, że istnieje szereg cech i odrębności zarówno fizjologicznych, jako też chorobowych, które noszą znamiona cech stałych („dominant"), t. j. przechodzących bez wyjątku z pokolenia tak długo, aż w jednem pokoleniu znikną, poczem już nie zjawiają się nigdy w pokoleniach następujących. Do dziedzicznych

cech stałych (dominujących) należą: z zakresu medycyny wewnętrznej — astenja, eunuchoidyzm, moczówka prosta dziedziczna, żółtaczka hemolityczna rodzinna, cystinuria, klatka piersiowa lejkowata itp., z zakresu chorób nerwowych — pląsawica Huntingtona, choroba Thomsena, neurofibromatoza itd. Oprócz cech dziedzicznych stałych znane są cechy dziedziczne niestałe („recessive"), które odznaczają się tem, że mogą ominąć jedno lub dwa pokolenia, by potem znów zjawić się w pokoleniach następnych. Z zakresu medycyny wewnętrzenej do cech dziedzicznych niestałych należą krwawiączka, w pewnym stopniu niedokrwistość złośliwa, alkaptonuria itd., z zakresu zaś chorób nerwowych ataxia Friedreicha, atrophia muscularis spinalis progressiva, pewne postaci padaczki itd.

Na ukształtowanie się paratypu ludzkiego wpływają różne czynniki poczęści jeszcze przed zapłodnieniem jaja. Tak np. dowiedziono, że pewne zatrucia, zwłaszcza alkoholizm ojca lub matki, niektóre choroby przewlekłe, np. kiła, niektóre zabiegi lecznicze, np. naświetlanie narządów płciowych matki promieniami Rentgena, uskutecznione bodaj dłuższy czas przed jej zapłodnieniem, wywołać mogą odchylenia chorobowe pierwotnych własności zarodków. Tę zmianę zarodków kobiecych lub męskich przed kopulacją określono nazwą „blastophthoria" (Forel). Wymienione czynniki chorobotwórcze grają niemniej ważną rolę w życiu płodu. Ciekawe jest np. niezbicie ustalone spostrzeżenie, że naświetlanie brzucha kobiety ciężarnej wywołuje niemal w 90% przypadków powstanie poważnych odchyleń chorobowych w ustroju dziecka, m. inn. najczęściej mikrocefalję. Zmiany te, powodowane za życia płodu przez czynniki zewnętrzne, a noszące nazwę „embryophthoria" są tak zgubne w swych następstwach, że niektórzy konstytucjologowie, m. inn. *Borchardt*, gorąco polecają wczesne przerwanie ciąży we wszystkich przypadkach, w których przeprowadzano podczas trwania ciąży naświetlanie brzucha promieniami Rentgena. Wreszcie, po urodzeniu się dziecka działają na nie niezliczone czynniki zewnętrzne; klimat, rodzaj odżywiania, otoczenie i wiele innych, które łącznie kształtują jego paratyp.

Stykając się z chorym, mamy zatem do czynienia z fenotypem, na którego ukształtowanie złożył się olbrzymi szereg czynników dziedzicznych (m. inn. rasowych) oraz rodzinnych, społecznych itd., których niepodobna ogarnąć w całości. Staramy się jednak wyłuszczyć przy pomocy dokładnych wywiadów i ścisłego spostrzegania cechy najważniejsze, na których podstawie możemy zaszeregować, zaklasyfikować danego osobnika do tej lub innej grupy konstytucjonalnej.

Klasyfikacja ta, nader ciekawa sama przez się i nader doniosła dla sprawy naszego ustosunkowania się do rozpoznania, a zwłaszcza do rokowania i postępowania leczniczego w każdym poszczególnym przypadku, nie jest naogół rzeczą zbyt trudną do przeprowadzenia. Chodzi właściwie tylko o zwrócenie baczniejszej uwagi na pewne cechy chorego, które lekarz przy pewnej wprawie dostrzec może niemal natychmiast przy pierwszem zetknięciu się z chorym. Są to niemal wyłącznie cechy zewnętrzne, tak łatwo dostrzegalne, że np. wybitny klinicysta wiedeński *Neusser* był w stanie rozpoznać niemal w 90% przypadków rodzaj i natężenie sprawy chorobowej już na „pierwszy rzut oka". Co u *Neussera* i jemu podobnych było przejawem niezwykle przenikliwej spostrzegawczości (częściowo niesłusznie nazywanej intuicją) oraz ogromnego doświadczenia klinicznego, to nauka o więzi usiłuje uczynić dostępnym dla każdego lekarza, umiejącego spostrzegać i logicznie wnioskować. Nauka bowiem o konstytucji poucza nas, że o więzi danego osobnika sądzić można na podstawie następujących jego cech zewnętrznych: 1) płci, 2) wieku, 3) t. zw. kompleksji, 4) pomiarów i wagi ciała, 5) napięcia (tonus) mięśni i innych tkanek mezenchymalnych, 6) temperamentu i wreszcie 7) pewnych, łatwo stwierdzalnych właściwości głównych narządów.

Postaram się w ciasnych ramach niniejszego wykładu zaklasyfikować zbadanych przeze mnie chorych do głównych typów konstytucjonalnych, a więc:

Przypadek pierwszy: kobieta, lat 42, blondynka o oczach szaro - niebieskich, wzrostu wysokiego, rozrosła i tęga, o obwodzie klatki piersiowej na oko większym, niż zwykle, o mięśniach dobrze rozwiniętych i dość napiętych, temperamentu ra-

czej sangwinicznego, z rzucającemi się w oczy objawami duszności przedmiotowej i wyraźnem tętnieniem okolicy dołka jarzmowego.

Przypadek drugi: mężczyzna, lat 25, siarczysty brunet o błyszczących czarnych oczach, krzaczastych, zrośniętych brwiach długich i mocno zagiętych rzęsach, niskiego wzrostu, budowy kościca wątłej, złego stanu odżywienia, o mięśniach słabo rozwiniętych i wiotkich, temperamentu raczej cholerycznego, wreszcie o długiej, wąskiej i płytkiej klatce piersiowej, której połowa prawa jest bardziej uwypuklona i słabiej porusza się podczas oddychania.

Większość przytoczonych cech konstytucjonalnych obojga chorych ma duże znaczenie tak pod względem ich skłonności do pewnych cierpień, jak też dla ich przebiegu i zejścia, wreszcie dla celowo zastosowanego leczenia. Zajmę się teraz zwięzłym rozbiorem znaczenia każdej z wymienionych cech. Rozpocznę od rozważań na temat znaczenia nozologicznego płci.

Liczni autorowie nowszej daty np. *Bucura*, *Kraus*, *Bauer*, *Brugsch* i inni, a z dawniejszych *Moebius* w znanej swojej monografji p. t. „Płeć a choroba“ dowiedli, że istnieje długi szereg chorób, nawiedzających kobiety bądź wyłącznie, bądź też o wiele częściej, niż mężczyzn, że wymienię tylko bladnicę, pląsawicę wieku dziecięcego, osteomalację, niektóre postaci niedokrwistości, kolkę jelitową śluzową, kamicę żółciową, t. zw. limfatyzm, opadnięcie trzew, atonję przewodu pokarmowego, chorobę *Basedowa*, obrzęk śluzowaty, histerję, ostry zanik żółty wątroby itd. Natomiast znacznie mniej jest zespołów chorobowych, które nawiedzają bądź wyłącznie, bądź też przeważnie mężczyzn (pomijam tutaj oczywiście, sprawy chorobowe narządów płciowych). Do wyłącznie lub przeważnie męskich chorób należą: krwawiączka, ślepota kurza, neuritis optica genuina, moczówka prosta, białaczka, kamienie pęcherzowe itd. W części chorób wymienionych, a dotyczących głównie kobiet, dużą rolę gra bezwzględnie życie płciowe kobiety, zwłaszcza pokwitanie, ciąża, okres porodowy, przekwitanie i t. p. Tem niemniej pozostaje szereg chorób, w których szczególna zapadalność kobiet wymaga jeszcze innego tłumaczenia. Należy sięgnąć głębiej w zasadnicze różnice pomiędzy więzią kobiety a mężczyzny. W dziedzinie tej zrobiono dotychczas jeszcze stosunkowo niewiele. Tymczasem zdołano wykazać, że kobiety cechuje naogół:

1) Większa wiotkość wszelkich włókien łącznotkankowych, sprężystych, mięśniowych itd., co tłumaczy znacznie częstsze objawy słabości „układu mezenchymalnego“ u kobiet. Powoduje to wzmożoną skłonność do atonji gładkich mięśni żołądka, jelit (zaparcie), do żylaków, guzów krwawnicowych, atonji pęcherzyka żółciowego z następowym zastojem żółci i kamicą. Według danych statystycznych, nagromadzonych przez różnych autorów, faktem jest bezspornym, że od 30 do 70% kobiet cierpi na różnego rodzaju przejawy tej astenji układu mezenchymalnego.

2) Częstsze przejawianie się niedorozwoju bądź całego ustroju bądź też poszczególnych narządów.

3) Szczególna pobudliwość i mniejsza odporność układu nerwowego, a zwłaszcza życia uczuciowego, skąd pochodzi skłonność do „histerji“, do pewnych postaci psychoz (manji, melancholji itd).

4) Wzmożona zdolność do wytwarzania krwi, czego dowodem służyć może chociażby łatwość regeneracji krwi po każdomiesięcznych stratach. Wzmożona czynność układu krwiotwórczego powoduje też z czasem łatwiejsze jego wyczerpanie, co w pewnej mierze tłumaczy częstsze występowanie różnych endogennych postaci niedokrwistości u kobiet.

Przechodzę obecnie do omówienia znaczenia nozologicznego płci naszych przypadków. Nasz przypadek Nr. 1, dotyczy kobiety z zespołem: Mesaortitis luetica c. ectasia aortae ascendentis arcusque aortae et insufficientia vv. aortae subsequente hypertrophia et dilatatione ventriculi sinistri cordis atque insufficientia mm. cordis gr. levior. in indiv. obeso c. diathesi urica. W przypadku Nr. II, dotyczącym mężczyzny, rozpoznałem natomiast: Phthisis fibrocaseosa pulmonum declarata progrediens subacute; pneumo dexter: tbc. fibrocaseosa lobi superioris et pneumothorax arteficialis dexter, pneumo sinister: tbc. fibrosa apicis lobi superioris; toxanaemia; asthenia.

Pytanie zachodzi, czy i w jakim stopniu przynależność tych chorych do danej płci

ma znaczenie dla a) rozpoznania, b) rokowania i c) leczenia.

a) Otóż przedewszystkiem stwierdzić muszę, że zapadalność na te zespoły chorobowe jest mniej więcej jednakowa u mężczyzn i kobiet. Wskutek tego przynależność płciowa chorych nie grała w tych przypadkach większej roli w moich rozważaniach różnicowo-rozpoznawczych.

b) Inaczej rzecz się przedstawia, gdy chodzi o rokowanie i postępowanie lecznicze. Musimy bowiem w pierwszym przypadku liczyć się poważnie z wpływem możliwej ciąży, porodu, okresu porodowego, a także bliskiego przekwitania na stan podmiotowy i przedmiotowy chorej kobiety w ogólności oraz na przebieg sprawy naczyniowo-sercowej w szczególności. Tak samo leczenie powinno zastosować się do jej odrębnej psychiki i cech somatycznych. Co do mężczyzny, to uwzględnić musimy przedewszystkiem przemożny wpływ walki o byt, bądź co bądź jeszcze i teraz naogół bardziej ciążący na barkach mężczyzny, niż kobiety. Nie ulega zaś wątpliwości, że cięższa praca fizyczna wpłynie ujemnie na stan somatyczny chorego wogóle i na przebieg chorobowej sprawy płucnej w szczególności. W tych warunkach najczęściej nie udaje się wypośrodkować modus vivendi, zadawalniający pod względem dostatecznej równowagi pomiędzy ilością pracy, niezbędnej dla uzyskania środków do życia, a odpoczynkiem, wymaganym dla bardziej skutecznego przeciwdziałania postępującej chorobie. Są to sprawy nader ważne, zmuszony jednak jestem mówić ogólnikami ze względu na brak czasu.

Ad 2) Wiek chorego ma, jak wiemy wszyscy, nader doniosłe, nieraz decydujące znaczenie dla zapadalności na różne choroby tudzież dla ich przebiegu i zejścia. Na podstawie pomiarów i ważenia głównych narządów licznych zwłok ludzkich, anatom *Beneke* przyszedł do wniosku, że nietylko bezwzględna, lecz także względna waga i objętość narządów ludzkich wykazuje w różnych okresach życia bardzo znaczne różnice, czyli, że każdy okres życia odznacza się już pod względem anatomicznym pewną swoistą więzią, co, oczywiście, wpływa na skłonność do różnych chorób, na ich przebieg itd. Nie dziw też, że wiek chorego, jako jeden z głównych czynników konstytucjonalnych, ma znaczenie zasadnicze dla lekarza, i że istnieje szereg chorób, niemal swoistych dla każdego okresu życia.

Nie mogę tutaj mówić o wieku dziecięcym, którego swoistość anatomiczna, fizjologiczna itd. jest tak dalece uznawana przez medycynę nowoczesną, że wywołała powstanie oddzielnej gałęzi, pedjatrji. Natomiast wspomnieć muszę o pewnych cechach okresu dojrzewania, trwającego mniej więcej od 14-ego do 22-go roku życia. Już sam układ krwionośny wykazuje w tym okresie różnice zasadnicze: tak np. główne pnie tętnicze odznaczają się wyraźną wąskością w porównaniu do masy i objętości serca, która w ciągu tych lat zwiększa się średnio o 120 cm^3 (ze 140 cm^3 do 260 cm^3). Już samo to zjawisko może przyczynić się do wzrostu ciśnienia w obwodowem krążeniu krwi w porównaniu do okresów poprzednich. Natomiast w krążeniu płucnem następuje spadek ciśnienia krwi, a to z tego powodu, że przyrost komory prawej pozostaje w tyle za komorą lewą, tętnica zaś płucna jest wciąż jeszcze szersza od tętnicy głównej, jakkolwiek w mniejszym stopniu, niż w okresach poprzednich. Również objętość wątroby przewyższa w tym okresie objętość obu płuc w stopniu mniejszym, niż u dzieci. Objętość obu nerek razem jest większa od objętości serca. Zawartość wody w ustroju zmniejsza się w porównaniu do okresu dziecięcego, natomiast stężenie hemoglobiny we krwi wzrasta.

Wszystkie te (oraz wiele innych) właściwości konstytucjonalne okresu dojrzewania są, niewątpliwie, tłem, na którem występują szczególne choroby, cechujące ten okres, że wymienię tylko: a) zaburzenia w dziedzinie gruczołów dokrewnych, np. tarczycy, pod postacią chor. *Basedowa*, obrzęku śluzowatego, sklerodermji itd., następnie akromegalja, dystrophia adiposogenitalis, chor. *Addisona* itp., b) stany podrażnienia układu nerwowego i psychiki, c) pewne nadmiernie złośliwe postaci gruźlicy, jako to, postać młodociana *Beizkego*, phthisis pulmonum caseosa, pneumonia et bronchopneumonia caseosa itp. oraz d) niektóre ostre choroby zakaźne.

Wiek dojrzały, odpowiadający mniej więcej 22-emu do 50-ego roku życia, cechują pod względem anatomicznym szczególnie dwie własności: rozwój ostateczny ser-

ca i zmiana stosunku wielkości tętnicy głównej do tętnicy płucnej w tym kierunku, że obwód pierwszej coraz bardziej przewyższa obwód drugiej. Również obwód tętnic obwodowych zwiększa się stopniowo. Według *Benekego* ciśnienie krwi w obrębie tętnicy płucnej stopniowo zmniejsza się w tym okresie, co powoduje w dalszem następstwie mniejsze utlenianie krwi obwodowej. Naogół okres dojrzałości cechuje największa odporność wobec czynników zewnętrznych.

W wieku ponad lat 50 stwierdza się (w przypadkach normalnych) stopniowe zmniejszanie się objętości serca, natomiast wielkie pnie naczyniowe stają się coraz obszerniejsze. Doprowadziłoby to do spadku ciśnienia krwi, gdyby nie zmniejszenie się sprężystości ścian tętnic, stopniowe zamykanie się całych połaci naczyń włoskowatych i wreszcie nadmiar odpadków przemiany materji, powodujących wzrost ciśnienia. Zmienia się także skład soków ustroju. Tak np., według *Leichtensterna*, zawartość hemoglobiny spada w okresie pomiędzy 40 a 60 rokiem życia, by po 60-tym roku znów wzrosnąć. Objętość płuc coraz bardziej przekracza objętość wątroby.

Właściwy wiąd starczy (marasmus senilis) rozpoczyna się naogół u kobiet później, niż u mężczyzn.

Mogłem przytoczyć tutaj tylko parę cech, charakterystycznych dla głównych okresów życia. Cech tych jest jednak olbrzymia liczba. Wszystkie one razem powodują znaną nam szczególną skłonność każdego okresu do pewnych chorób, tudzież pewną swoistość ich przebiegu i zejścia. One decydują też w pewnej mierze o naszem rokowaniu i postępowaniu leczniczem.

W naszych przypadkach mamy do czynienia z dwojgiem ludzi w wieku 42 i 25 lat. Oboje są zatem w wieku dojrzałym, o którym wiemy, że cechuje go stosunkowo wielka odporność wobec różnych spraw chorobowych. Wiek naszych chorych należałoby więc uważać naogół za okoliczność dodatnią pod względem rokowania na najbliższą metę. Jednakże w przypadku pierwszym musimy uwzględnić zbliżający się okres przekwitania, który, niewątpliwie, wzmocni podmiotowe objawy sercowo - naczyniowe chorej. W drugim zaś przypadku pamiętać musimy o tem, że właśnie suchoty pospolite przebiegają w wieku do lat 30 naogół szybciej i dają znacznie gorsze rokowanie quoad vitam et valetudinem, niż w wieku późniejszym. Naogół więc uznać musimy, że w naszych indywidualnych przypadkach wiek chorych nie może wpłynąć w większej mierze dodatnio na nasze rokowanie.

Natomiast dla sprawy naszego postępowania leczniczego wiek tych chorych jest ceteris paribus czynnikiem stanowczo dodatnim, albowiem on nie stanowi żadnej przeszkody dla stosowania wszelkich metod leczniczych, nawet najbardziej radykalnych, o ile je uznamy za wskazane. Tak więc w przypadku Nr. 1 zastosujemy bez obawy energiczne leczenie przeciwkiłowe, w przypadku zaś Nr. 2 nie cofniemy się w razie potrzeby przed radykalną torakoplastyką (oczywiście, o ile nie znajdziemy przeciwwskazań w innych cechach jego ustroju, p. n.).

Ad 3) Przechodzę obecnie do omawiania znaczenia kompleksji. Wyraz ten ogarnia zabarwienie (cerę) skóry, barwę, kształt i rozmieszczenie włosów oraz zabarwienie tęczówek.

Kompleksja zależy, niewątpliwie, w głównej mierze od rasy. Jednakże już w ramach każdej narodowości spotykamy osobników o nader różnej kompleksji. Wśród naszego materjału chorych celowe jest naogół rozróżnianie kompleksji jasnej, ciemnej i postaci mieszanych. Do kompleksji jasnej zalicza się, oczywiście, osobników o włosach blond, niebieskich lub szarych oczach i cerze jasnej; do kompleksji ciemnej — brunetów lub ciemnych szatynów o czarnych lub t. zw. piwnych tęczówkach oraz o cerze mniej lub więcej smagłej. Do typów o kompleksji mieszanej wypada zaliczyć bądź osobników o włosach jasnych, a oczach (tęczówkach) czarnych, bądź też przeciwnie, osobników z ciemnemi włosami a oczami niebieskiemi lub szaremi. Osobniki o włosach rudych oraz albinosi stanowią podgrupy kompleksji jasnej.

Klinicystę interesuje przedewszystkiem pytanie, czy kompleksja chorego gra pewną rolę w patogenezie, przebiegu i zejściu różnych chorób. Na pytanie to wypada odpowiedzieć twierdząco, w myśl obecnego stanu nauki o więzi. Jakkolwiek bowiem badania statystyczne, doświadczalne

i kliniczne w tej dziedzinie znajdują się dopiero w zarodku, jesteśmy już obecnie w posiadaniu pewnych wiadomości, dotyczących znaczenia kompleksji. Tak np. już oddawna wiemy o większej skłonności do gruźlicy zwierząt doświadczalnych oraz pewnych gatunków bydła o włosach jaśniejszych. Doświadczalnie wykazano większą kwaśność wydzielin skórnych brunetów, niż blondynów. Skóra osób ciemniejszych przewodzi też lepiej elektryczność. Dokładne analizy ilościowe wykazały, że mleko brunetek odznacza się wyraźnie większym ciężarem właściwym, większym stężeniem cukru i kazeiny, a mniejszą zawartością wody. Według badań *Rankego, Virchowa* i innych, krew oraz inne ciecze ustrojowe ludzi o kompleksji ciemniejszej są uboższe w wodę oraz tłuszcze i zawierają więcej ciał białkowatych i soli, są więc naogół bardziej stężone, niż odnośne ciecze ludzi o kompleksji jasnej.

Stosownie do tego większego stężenia cieczy ustrojowych ludzi o kompleksji ciemniejszej, skłonni oni są bardziej do chorób, których podłożem jest przesycenie soków ustroju ciałami słabo rozpuszczalnemi. Powoduje to znacznie częstsze powstawanie różnych złogów (żółciowych, nerkowych, pęcherzowych i t. p.) u ludzi ciemniejszych. Statystycznie dowiedziono również większą częstość ciężkich przypadków cukrzycy, dny, miażdżycy, osteomalacji, raka i t. d. w kompleksji ciemnej.

Napozór dziwna ta zbieżność pomiędzy kompleksją a zapadalnością na niektóre choroby znajduje częściowe objaśnienie w dociekaniach *Ehrmanna.* Badacz ten dowiódł, że substancje, z których powstaje barwik skóry, włosów, tęczówek i t. d., pochodzą z hemoglobiny, przyczem podstawowym składnikiem tego barwika jest tyrozyna lub pokrewne związki z grupy aromatycznej. Wobec tego nie może nas dziwić twierdzenie konstytucjologów, że kompleksja, t. j. widoczny odrazu stan posiadania barwików ustroju jest jaskrawym wyrazem zewnętrznym swoistości składu krwi oraz innych cieczy i tkanek ustroju.

Kilku słowami pragnąłbym jeszcze wspomnieć o klinicznem znaczeniu erytryzmu, t. j. rudego zabarwienia włosów. *Neumann, Delpuech, Aschner* i inni wskazują szczególną skłonność rudowłosych do gruźlicy płuc. W erytryzmie całkowitym, t. j. w przypadkach, w których tak owłosienie głowy jak i sromu, pach, brwi, rzęs i brody jest rude, przebieg gruźlicy płuc ma być naogół dość dobrotliwy i przewlekły, gdyż stwierdza się wtedy najczęściej lżejsze postaci gruźlicy krwiopochodnej o typie tbc. miliaris discreta, tbc. pulm. fibrosa densa i t. p. Natomiast w erytryzmie częściowym, t. j. w przypadkach, w których rudem zabarwieniem odznacza się tylko owłosienie niektórych okolic ciała, przebieg gruźlicy ma być, według *Neumanna* i inn., szczególnie złośliwy. Ponieważ obecnie wiemy już coś niecoś o tem, że kompleksja jest zewnętrznym wyrazem głębszych odrębności konstytucjonalnych, tego rodzaju twierdzeń nie można już uważać za spostrzeżenia zbyt pochopne, oparte na przypadkowym zbiegu okoliczności.

Muszę ograniczyć się do tych kilku luźnych uwag o kompleksji. W odniesieniu do naszych chorych mogę przytoczyć tutaj tylko kilka następujących ogólników:

Co do przypadku Nr. I zaznaczyć muszę, że nie posiadamy dotychczas żadnych danych, wskazujących odmienny przebieg kiły trzew u ludzi rozmaitej kompleksji. Jednakże na podstawie naszych ogólnych wiadomości o odrębności składu chemicznego i właściwości fizyczno-chemicznych cieczy ustrojowych i tkanek w różnych kompleksjach możemy z wielką dawką prawdopodobieństwa przypuścić, że kompleksja osobnika, dotkniętego kiłą, gra pewną rolę zarówno w rozwoju zarazka, jako też w oddziaływaniu na niego ustroju. Niemniej prawdopodobnem wydaje się, że skuteczność naszego leczenia przeciwkiłowego zależy w pewnej mierze od kompleksji chorego. Narazie nie jesteśmy jednak w stanie wskazać szczegółów tych spraw, niezawodnie, nader zawikłanych.

Co się tyczy przypadku Nr. II, to, według niektórych konstytucjologów, częstsze występowanie gruźlicy u żydów jest m. inn. w pewnym związku z ich kompleksją ciemną. Inni konstytucjologowie skłonni są raczej uznać tutaj wpływ innych czynników rasowych, społecznych, klimatycznych i t. d. Nie mogę wdawać się tutaj w rozważania teoretyczne, stwierdzić atoli muszę, że i w naszym indywidualnym przypadku intensywnie ciemna kompleksja chorego, nadmierne owłosienie (hypertrichosis) i t. d., jest, niezawodnie, w pewnym stopniu przyczyną stosunkowo gwałtownego przebiegu suchot płuc, które w ciągu 2

miesięcy zdołały wywołać tak znaczne zmiany w płucach i tak wybitne objawy niedokrwistości i toksemji.

Dotychczasowe nasze wiadomości w tej dziedzinie są naogół zbyt małe, by można było już teraz mówić o celowem zastosowaniu naszego postępowania leczniczego do kompleksji chorego. Dziedzina ta wymaga jeszcze nader żmudnych i szczegółowych badań doświadczalnych, klinicznych, statystycznych i t. d. Tem niemniej już teraz twierdzą niektórzy autorowie (np. *Aschner, Honigmann* i inn.), że na kompleksję chorego zwracamy stanowczo zbyt mało uwagi zarówno w rokowaniu, jako też w postępowaniu leczniczem.

Ad 4) Przeważająca część konstytucjologów kładzie szczególny nacisk na wyniki pomiarów i ważenia badanych osób. Ustalono cały szereg różnych wskaźników, mających określić przynależność danego osobnika do tej lub innej grupy konstytucjonalnej. Takie grupy ustalili *Viola, Sigaud, Kretschmer, Stiller, Brugsch* i wielu innych. Tak, według *Violi,* należy rozróżnić przedewszystkiem typ wielkotrzewiowy (magnosplanchnicus), u którego stosunek długości tułowia do długości całego ciała przekracza pewną liczbę średnią, oraz typ małotrzewiowy (mikrosplanchnicus), w którym odnośny stosunek liczbowy jest mniejszy od średniego. Szkoła francuska, zwłaszcza *Sigaud* i jego uczniowie, a za nimi wśród niemców *Bauer* dzieli olbrzymią większość typów ludzkich na 4 grupy, mianowicie: typus respiratorius, cerebralis, digestivus i muscularis, odznaczające się pewnemi mniej lub więcej swoistemi cechami, o których tutaj rozwodzić się nie mogę, jakkolwiek podział *Sigauda* cieszy się stosunkowo dużą popularnością.

Typ asteniczny, ustalony i dokładnie opisany przez *Stillera,* a jeszcze przed nim przez *Glénarda,* wszedł już dość dawno w krąg myślenia każdego klinicysty, nawet mało obeznanego z ogromem pracy, dokonanej przez konstytucjologów od czasów *Stillera.*

Kretschmer klasyfikuje typy ludzkie w grupy: habitus asthenicus, athleticus i pycnicus. Wykazał on też pewną łączność, zachodzącą pomiędzy proporcjami wymiarowemi a skłonnością do pewnych psychoz. Okazało się, że grupa asteniczna odznacza się znacznie większą skłonnością do raczej schizoidalnego kierunku psychiki, co w przypadkach cięższych prowadzi aż do schizofrenji. Przeciwnie, habitus pycnicus, który *Kretschmer* przeciwstawia astenji, skłania się raczej do cyklicznych zaburzeń psychicznych, co w przypadkach jaskrawych znajduje swój wyraz w cyklotymji, melancholji, manji i t. d.

Bardzo dogodny dla celów klinicznych wydaje się podział *Brugscha* na 3 grupy, a mianowicie: typ prawidłowy (normalny), typ o ciasnej klatce piersiowej i typ o klatce piersiowej obszernej. Do typu prawidłowego zalicza *Brugsch* ludzi, których obwód klatki piersiowej wynosi od 50 do 55% długości ciała. W grupie ludzi o ciasnej klatce piersiowej obwód ten wynosi mniej, niż 50%, a w grupie ludzi o klatce piersiowej obszernej — powyżej 55%. Grupy *Brugscha,* oparte na ogromnym materjale fizjologicznym i klinicznym, odpowiadają naogół typowi prawidłowemu, astenicznemu i pykznicznemu większości innych konstytucjologów, a ze względu na wielką prostotę i przejrzystość zasługują na wprowadzenie do kliniki.

Brugsch oraz *Borchardt* i inni ustalili na podstawie ogromnego materjału ramy wahań wagi prawidłowej dla mężczyzn i kobiet każdego wzrostu i wieku. *Borchardt* przedstawił między inn. wyniki swoich badań na szczegółowych tablicach. Rzut oka na te tablice wskazuje natychmiast lekarzowi, czy i w jakim stopniu waga chorego przekracza lub nie dosięga wagi prawidłowej.

Poza tem znane są liczne wskaźniki, np. *Rohrera* i inn., określające prawidłowy stosunek wagi do sześcianu długości ciała i t. p.

Wspomnę tutaj pobieżnie o kilku własnościach anatomicznych, cechujących główne typy ludzkie, mianowicie, asteniczny i pykniczny. A więc habitus asthenicus cechuje:

a) thorax phthisicus oraz paralyticus, wraz z ich licznemi znamionami, jako to, objaw *Aufrechta* (obwodowy koniec obojczyka ustawiony niżej od środkowego), costa decima fluctuans, objaw *Zielińskiego* i *Kwiatkowskiego* (rozdwojenie wyrostka kolczystego XI i XII kręgu piersiowego), scapula ablata (łopatka odstająca) i wiele innych;

b) małe lub względnie małe serce (często o typie kroplowatym);

c) ciasna tętnica główna oraz tętnice obwodowe;

d) w stosunku do tętnicy głównej zbyt obszerna tętnica płucna;

e) stosunkowo duża objętość płuc;

f) stosunkowo niewielka wątroba;

g) słaba budowa kośćca, wiotkie mięśnie prążkowane oraz gładkie z następowem opadnięciem trzew i t. d.

Wręcz przeciwnemi cechami odznacza się habitus pycnicus lub, jak wolą niektórzy autorowie, habitus arthriticus, apoplecticus, digestivus lub nawet carcinomatosus (wg. *Benekego)*.

Oczywiście nie ulega chyba wątpliwości, że te zgrubsza przez *Benekego, Glénarda, Stillera* i inn. uchwycone cechy różnych typów są tylko małą i to nie najważniejszą częścią zasadniczej różnicy, zachodzącej pomiędzy więzią astenika lub artrytyka.

Znaczenie kliniczne więzi astenicznej jest powszechnie znane, że wspomnę tylko o skłonności asteników do gruźlicy wogóle i gruźlicy płuc w szczególności, do atonji mięśni gładkich wszystkich narządów i tkanek i t. d. Lecz i habitus pycnicus wykazuje swoistą w pewnej mierze skłonność do pewnych grup chorobowych, np. do otyłości, dny, cukrzycy, nowotworów złośliwych, gośćca stawowego, rzucawki połogowej, kamicy żółciowej i nerkowej, miażdżycy, wad sercowych, zapalenia płuc płatowego, marskości nerek, łuszczycy, psychoz okresowych i t. d.

Swoista skłonność różnych typów do pewnych chorób nie jest, rzecz jasna, wyłącznie wynikiem różnych proporcyj ciała, lecz zarówno odmienność proporcyj ciała, jako też rozmaita skłonność do poszczególnych chorób jest, według nauki o więzi, przejawem głębszej odrębności konstytucjonalnej wymienionych typów ludzkich.

W odniesieniu do zbadanych przeze mnie chorych zaznaczyć muszę, że chorą Nr. I z łatwością zaklasyfikować możemy do grupy pykniczne czy też artrytycznej, chory zaś Nr. II jest niemal klasycznym przedstawicielem habitus asthenicus. Jakby dla potwierdzenia poprzednich rozważań ogólnych o szczególnej skłonności tych typów ludzkich do pewnych chorób, mogłem stwierdzić w przypadku I otyłość, wadę sercową oraz dolegliwości mięśniowe i stawowe na tle dny, w przypadku zaś II — suchoty płuc.

Czy przez to, że zakwalifikowałem tych chorych do pewnych grup konstytucjonalnych, uzyskałem jakieś dane pożyteczne dla rokowania i postępowania leczniczego?

Bezwątpienia, tak — jakkolwiek narazie wobec naszych niedostatecznych wiadomości w ograniczonym tylko zakresie. A więc w przypadku Nr. I skłonność konstytucjonalna naszej chorej do otyłości jest czynnikiem ujemnym, albowiem przysparza sercu chorej zbyteczną pracę i przyśpiesza niedomogę mięśnia sercowego. Pierwsze wyraźne objawy przedmiotowe tej niedomogi spostrzegamy już teraz pod postacią braku tchu podczas ruchu i mowy, lekko drgających nozdrzy i t. d. Obawiać się też będziemy wcześniejszego wystąpienia objawów nerkowych, które jeszcze bardziej utrudnią pracę serca. Wobec tego nasze postępowanie lecznicze będzie musiało uwzględnić nietylko konieczność zastosowania leczenia przeciwkiłowego i wzmocnienia mięśnia sercowego, lecz także dążyć będzie do przeciwdziałania otyłości, do odciążenia nerek i t. d. przy pomocy celowego odżywiania o ograniczonej ilości ogólnej ciepłostek, ze względów zaś profilaktycznych dość ubogiego w białko i sole, a także przy pomocy racjonalnego wymiaru odpoczynku i ruchu.

W przypadku Nr. II wybitnie asteniczny typ chorego pogarsza bezwzględnie rokowanie, jakkolwiek wiemy obecnie, że ciężki przebieg suchot płucnych nie jest, bynajmniej, rzadkością i w typie pyknicznym *(Neumann* i inni). Stwierdzenie habitus asthenicus zmusza nas do tego, by przy pomocy odpowiedniego odżywiania, trybu życia, umiarkowanych ćwiczeń cielesnych, zabiegów hidroterapeutycznych, wreszcie leków jaknajbardziej przyczynić się do przeciwdziałania konstytucjonalnej słabości, wiotkości wszelkich tkanek, cechującej ten typ ludzki. Zadanie to nie jest beznadziejne. Wiemy bowiem, że w miarę zbliżania się do wieku dojrzalszego, tudzież pod wpływem odpowiedniego trybu życia astenicy często tracą stopniowo swoje cechy odrębne i zbliżają się pod pewnemi względami do typu prawidłowego lub nawet pyknicznego. Zwłaszcza co do kobiet wiemy, że już pierwsza ciąża, zakończona pomyślnym połogiem, powoduje wcale często wyraźną zmianę typu astenicznego na prawidłowy lub nawet raczej szerokokostny, tęgi, pykniczny.

Ad 5) i 6). O znaczeniu innych cech więzi, mianowicie, napięcia mięśni i temperamentu, mogę tutaj tylko wspomnieć pokrótce.

Znany konstytucjolog *Tandler* mówi o więzi hipo- oraz hipertonicznej, mając przytem na względzie napięcie (tonus) i sprężystość nietylko mięśni prążkowanych, lecz także mięśni gładkich oraz różnych włókien łączno-tkankowych, czyli wogóle wszelkich tkanek pochodzenia mezenchymalnego. Są to pojęcia, zbliżone do określeń dawniejszych lekarzy: status sthenicus oraz laxus (wzgl. hypo- czy adynamicus). Niektórzy konstytucjologowie usiłują włączyć tutaj także nowoczesny podział różnych osobników według napięcia ich układu wegetatywnego na sympatyko- i parasympatykotoników.

Nie ulega wątpliwości, że pomiędzy stopniem napięcia mięśni obwodowych a napięciem mięśniówki gładkiej trzew zachodzi bardzo ścisły, jeszcze zbyt mało zbadany związek, być może, nawet natury odruchowej, w myśl wywodów *Mackenzie'ego* o odruchach trzewiowo-ruchowych, będących odpowiednikiem pasm *Heada* w dziedzinie czuciowej.

Naszą chorą Nr. I cechuje dostateczny rozwój mięśni obwodowych, których sprężystość i napięcie są zupełnie prawidłowe, steniczne. Również napięcie i sprężystość powłok skórnych nie pozostawia nic do życzenia. Należy więc zaszeregować ją do grupy stenicznej, o prawidłowem napięciu tkanek. Ponadto jej jaskrawo-czerwone wargi i policzki, skłonność do rumienienia się i t. d. skłaniają do przypuszczenia, że mamy do czynienia z wagotoniczką (oczywiście, nie przesądzam przez to przypuszczenie wyniku dokładnych badań klinicznych w tym kierunku, np. przy pomocy próby *Daniélopolu).*

Chory Nr. II jest i pod tym względem skrajnym przeciwieństwem chorej poprzedniej. Odznacza się on słabo rozwiniętemi wiotkiemi mięśniami obwodowemi oraz słabo napiętą i mało sprężystą powłoką skórną. Podniecenie obecne wywołuje u niego raczej zblednięcie. Słowem, możemy zaliczyć go do grupy hipodynamicznej, wiotkiej i, prawdopodobnie, do sympatykotoników.

Czy, i w jakim stopniu klasyfikacja ta wpłynie na nasze rokowanie i postępowanie lecznicze?

Otóż jest rzeczą jasną, że przynależność chorej do grupy stenicznej, krzepkiej, jest okolicznością dodatnią dla rokowania, umożliwiającą także stosowanie energicznego leczenia. Natomiast ogólna słabość, wiotkość więzi chorego Nr. II, pogarsza bezwzględnie rokowanie i jest między inn. czynnikiem ujemnym w razie konieczności jakichś poważniejszych zabiegów chirurgicznych (np. torakoplastyki).

Co do nozologicznego znaczenia t. zw. temperamentu, zaznaczyć muszę, że nowoczesna nauka o więzi znów wywlokła z zapomnienia starodawny podział temperamentów ludzkich na habitus sanguinicus, phlegmaticus, melancholicus i cholericus. Cechy temperamentu, tak widoczne dla spostrzegawczego lekarza już przy pierwszem zetknięciu się z chorym, są, w myśl naszych obecnych poglądów, wynikiem nietylko pewnych swoistych właściwości psychicznych, lecz w znacznym stopniu zależą od czynności poszczególnych gruczołów dokrewnych i ich wzajemnego ustosunkowania się. Wynika z tego, że temperament jest integralnym składnikiem więzi, jako całości, czyli fenotypu.

Chcąc określić temperament zbadanych przezemnie chorych, muszę przyjąć pod uwagę stan podniecenia, jaki wywołuje u nich, bezwątpienia, obecność tak znacznego grona osób, tudzież badanie lekarskie w takich warunkach. Tem niemniej wydaje mi się, że nie popełniam błędu, jeżeli temperament chorej Nr. I określam, jako sanguinicus, chorego zaś Nr. II — jako cholericus. Do takiego określenia uprawnia mnie ton, sposób mówienia, odpowiadania na pytania, wyraz twarzy, szybkość i inne cechy ruchów i t. d., słowem cały szereg danych, częściowo nie poddających się nawet ścisłej definicji, na których podstawie przecież i w życiu potocznem charakteryzujemy ludzi, spotykanych po raz pierwszy.

Nie ulega wątpliwości, że temperament chorych musimy uwzględnić w rokowaniu i postępowaniu leczniczym. O ile sangwinikowi i cholerykowi grozi raczej ujemny wpływ uniesień gwałtownych, zbytnia żywość ruchów i nadmierna, niepotrzebna utrata energji fizycznej i psychicznej, o tyle znów u flegmatyka i melancholika obawiać się będziemy ujemnych skutków zbyt małej skłonności do ruchów, wzgl. zbytniego zasklepiania się w swoich rzeczywistych czy też domniemanych cierpie-

niach. Takie rozważania wpływają, rzecz jasna, na postępowanie lecznicze każdego doświadczonego lekarza. Tutaj występuje też na pierwszy plan wpływ sugestywny, psychoterapeutyczny osobistości lekarza, jego „sztuka" lekarska. Celowe dawkowanie otuchy wzgl. przestrogi w każdym indywidualnym przypadku, racjonalny podział ruchu (czy też innych wysiłków fizycznych) i umysłowych oraz odpoczynku i t. p. grają tutaj rolę pierwszorzędną.

Ad 7). Wreszcie, co się tyczy znaczenia szczególnie uwydatniających się narządów dla określenia więzi danego osobnika, to wspomnę tu, co następuje:

Już *Martius* dowiódł, że z wywiadów oraz z ogólnego zewnętrznego wyglądu chorego można wnioskować o jego skłonności do poszczególnych grup chorób oraz o przynależności do pewnej „kategorji organopatognomonicznej". Podczas badania pobieżnego możemy tu kierować się łatwostwierdzalnemi cechami poszczególnych układów głównych i na podstawie tych cech zaliczać chorych do poszczególnych kategoryj (grup konstytucjonalnych).

Tak więc według własności układu krążenia można rozróżnić w pewnym stopniu habitus cardiacus, arteriosus oraz apoplecticus, tudzież habitus venosus i haemorrhoidalis. Na podstawie łatwostwierdzalnych cech układu chłonnego już dawno wyodrębniono habitus lymphaticus (limfatyzm), najczęściej, lecz nie wyłącznie, spotykany u dzieci. T. zw. gorączka gruczołowa *Pfeiffera* oraz „odczyn limfatyczny" *Türcka* występują, bezwątpienia, na tle tej więzi chłonnej. Również skaza wysiękowa *Czernego* oraz status hypoplasticus *Bartla* są skojarzone z tym typem więzi ludzkiej. To samo dotyczy t. zw. status thymico-lymphaticus *Paltaufa*. W szczegóły tych spraw tutaj wchodzić nie mogę.

Według cech układu oddechowego, odzwierciadlających się w dużym stopniu w budowie klatki piersiowej, rozróżnić możemy klasyczny poniekąd habitus phthisicus oraz emphysematosus i asthmaticus.

Według układu trawiennego rozróżnić możemy w pewnej mierze: a) Habitus gastricus, który cechują zaburzenia trawienia i oddawania stolca, oraz pewna skłonność do hipochondrji. Tłem tych objawów jest często atonja lub hipotonja żołądka czy jelit, plethora abdominalis, guzy krwawnicowe — wszystko zaburzenia, najczęściej spotykane w astenji wrodzonej lub w opadnięciu jelit poporodowem i t. d. Każdemu z doświadczeńszych internistów dość dobrze znany jest ten typus gastricus chorych, i z biegiem czasu rozpoznaje się go wcale często jeszcze przed wysłuchaniem skarg chorego. b) Dość charakterystyczny jest także habitus biliaris, ściśle odpowiadający określeniu medycyny francuskiej— terrain hépatique. Chodzi tu o osoby, dotknięte różnemi chorobami dróg żółciowych i wątroby, najczęściej kamicą żółciową. Cztery cechy konstytucjonalne główne, charakterystyczne według lekarzy angielskich dla tego cierpienia (female, forty, fat, flatulence) można by uzupełnić (na podstawie danych statystycznych) spostrzeżeniem, że spotyka się je częściej u osób kompleksji ciemniejszej.

Na podstawie badań *Puchelta* usiłowano rozróżnić według cech układu nerwowego habitus cerebralis, spinalis i ganglioso-nervosus. Podział ten nie utrzymał się. Mówimy tedy raczej o habitus neurasthenicus, hystericus i o sympatyko- względnie parasympatykotonikach (p. w.).

Według cech kośćca, stawów i mięśni obwodowych, dość łatwo rozróżnić więź krzywiczą, artretyczną i gośćcową.

Znany jest nam także szereg jaskrawych typów patognomicznych, ogarniętych przez *Stillera, Kretschmera* i inn. ogólnym mianem typów specjalnych, dysplastycznych. Do nich należą najrozmaitsze, odrazu widoczne odrębności patologiczne rozwoju inteligencji, wzrostu, rozwoju poszczególnych narządów, pewne zaburzenia endokryniczne, przemiany materji i t. d. Wspomnę tutaj tylko: akromegalję, dystrophia adiposo-genitalis, nanismus hypophysarius, pubertas praecox, kretynizm, obrzęk śluzowaty, mongolizm, eunuchidyzm i t. d.

W odniesieniu do naszych chorych mógłbym z omawianego obecnie przeze mnie punktu widzenia zaliczyć chorą Nr. I do habitus cardiacus et arterialis. Uprawnia mnie do tego rzucające się w oczy jasnoczerwone zabarwienie policzków i warg, widoczne tętnienia tętnic obwodowych, szczególnie wyraźne w okolicy dołka jarzmowego i t. d. Już same te objawy łącznie z zaznaczającą się dusznością przedmiotową i podmiotową podczas ruchu i mowy, nasuwają tutaj przypuszczenie, że mamy do czynienia z „sercowo-chorą".

Przeciwnie, wystarczy spojrzeć na klat-

kę piersiową chorego Nr. II o typie wybitnie „suchotniczym“, na uwypuklenie prawej połowy klatki piersiowej i zwłaszcza, dostrzec jej wyraźne odstawanie podczas oddechu, by a priori, jeszcze przed badaniem dokładnem, przypuścić poważne schorzenie płuc.

W związku ze sprawą dokładnego oglądania chorych chciałbym jeszcze wspomnieć tutaj o metodzie „ektoskopji“, opracowanej przez *E. Weissa*, która to metoda umożliwia nieraz ustalenie dolnej granicy wysięków opłucnowych oraz wynajdowanie ograniczonych wysięków opłucnych, otoczonych zrostami.

Nader krótki okres czasu, przeznaczony na wykład niniejszy, oczywiście, zgóry uniemożliwiał jako takie głębsze wniknięcie w sprawy, poruszone tutaj przeze mnie. Ten, a nie inny temat wybrałem jednak celowo, przyczem pragnę zaznaczyć, że, bynajmniej, nie kierowałem się tym faktem, że nauka o więzi staje się coraz bardziej modną, lecz zgoła innemi powodami, a mianowicie: 1) Przypadek zrządził, że chorzy, zbadani przeze mnie, należą do skrajnie przeciwstawnych typów ludzkich, przez co eo ipso nasunęła mi się myśl wygłoszenia wykładu na temat więzi ludzkiej. 2) Rozwój nauki o więzi oznacza, bez wątpienia, pewien przełom, nader pożądany w klinicznej medycynie współczesnej, nakazuje on, bowiem, powrót do bezpośredniego spostrzegania samego chorego. Nie wyłącza to, oczywiście, najszerszego stosowania pomocniczego aparatu technicznego (a więc pracowni, Rentgena i t. d.), tam, gdzie to jest możliwe. Nie ulega jednak wątpliwości, że pracowniane, techniczno-pomocnicze nastawienie młodszego pokolenia lekarzy posunęło się zbyt daleko kosztem spostrzegawczości i wyrobienia klinicznego. Toć nieraz mogłem przekonać się, że skądinąd wcale uzdolniony student lub lekarz ściśle określał stężenie cukru, mocznika, chlorków i t. p. w surowicy krwi chorego, pamiętał doskonale wynik badań bakterjologicznych, rozmaitych odczynów serologicznych i t. p., natomiast, widząc i badając chorego niemal codziennie, nie wiedział, czy chory jest szatynem lub blondynem, czy ma oczy niebieskie, piwne lub czarne, albo nie dostrzegał syndaktylji lub braku jednego jądra w mosznie. Tutaj właśnie nauka o więzi, która kładzie tak silny nacisk na cechy, łatwo stwierdzalne dla nieuzbrojonych zmysłów, odegra rolę dydaktyczną bardzo dodatnią. 3) W następstwie zdobyczy nowoczesnej nauki o więzi, dążyć będziemy nietylko do rozpoznania jednostki chorobowej, z którą mamy do czynienia w każdym przypadku, lecz do głębszego poznania całej więzi chorego. Postępowanie takie znakomicie rozszerzy i pogłębi podstawy naszego rokowania i poczynań leczniczych.

ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

Aschner, B. „Die Konstitution der Frau“. Monachjum. J. F. Bergmann, r. 1924.

Bauer, J. „Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten“, wyd. II. Berlin, r. 1921.

Bartel, J. „Ueber Konstitution und Krankheit“, Verhandlungen der deutschen patholog. Gesellschaft, Erlangen, r. 1910.

Oraz „Status thymicolymphaticus und status hypoplasticus“. Wiedeń, Fr. Deutike, r. 1912.

Beizke, Wg. W. Neumana: „Zur beginnenden Tuberkulose des Menschen“, Wiedeń, r. 1923.

Beneke, F. W. „Die anatomischen Grundlagen der Konstitutionsanomalien“. Marburg, r. 1878.

Borchardt, L. „Klinische Konstitutionslehre“, wyd. II. Berlin i Wiedeń, Urban i Schwarzenberg, r. 1930.

Brugsch, Th. „Allgemeine Prognostik“, Berlin i Wiedeń, Urban i Schwarzenberg, r. 1918.

Bucura, C. „Die Eigenart des Weibes“, Wiedeń i Lipsk, A. Hoelder, r. 1918.

Glénard. „De l'entéroptose“. Journal des praticiens, r. 1901.

Kraus, F. „Allgemeine und spezielle Pathologie der Person“. Lipsk, G. Thieme, r. 1919.

Kretschmer, E. „Koerperbau und Charakter“. Berlin, J. Springer, r. 1921.

Martius, F. „Pathogenese innerer Krankheiten“. Lipsk i Wiedeń, F. Deutike, r. 1900.

oraz „Konstitution und Vererbung in ihren Beziehungen zur Pathologie“, Berlin. J. Springer, r. 1914.

Moebius. „Geschlecht und Krankheit“. Halle. C. Marhold, r. 1903.

Neumann, W. „Zur beginnenden Tuberkulose des Menschen“. Wiedeń, r. 1923.

Puchelt. Wg. B. Aschnera, l. c.

Sigaud. Wg. B. Aschnera, ibidem.

Stiller, B. „Grundzuege der Asthenie“, Stuttgart, r. 1916.

Tandler, J. Zeitschr. f. Konstitutionslehre, 1. z. 1, r. 1913.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNETRZNE.

Wahania cholesteryny we krwi u osób, dotkniętych chorobą Basedowa, pod wpływem leczenia promieniami Rentgena. (Les variations du cholésterol chez les basedowiens traités par la radiotèherapie). M. **L é v y.**

Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Dawne badania *Epsteina* i *Lande* wykazały, że w obrzęku śluzowakowym mamy do czynienia ze zwiększoną ilością cholesteryny we krwi, w przeciwieństwie do przypadków choroby Basedowa. *Epstein* wykazał również, że w zapaleniach nerek z obrzękami stosowanie wyciągu z tarczycy zmniejszyło u tych chorych cholesterynę we krwi, oraz że chorzy ci wykazywali zwiększoną tolerancję względem tego preparatu. Wobec wyraźnej zależności pomiędzy czynnością tarczycy a ilością cholesteryny we krwi, autor badał zawartość cholesteryny we krwi oraz podstawową przemianę materji u dotkniętych chorobą Basedowa i u jednej osoby zdrowej. Badania przeprowadzano przed i po stosowaniu naświetlań promieniami Rentgena.

W trzech przypadkach naświetlanie nie wywarło żadnego wpływu ani na ogólny stan chorych, ani na zawartość cholesteryny we krwi. W innych przypadkach z mniej lub więcej wyrażonemi objawami basedowizmu w następstwie naświetlań promieniami Rentgena podstawowa przemiana materji uległa zmniejszeniu, ilość zaś cholesteryny we krwi wyraźnie wzrosła. W jednym przypadków cholesteryna we krwi wzrosła naprzykład po naświetlaniu o 35%. W innym znowu przypadku, w którym pomimo stosowania naświetlań (3000 R) podstawowa przemiana materji wzrosła z 6,85 na 22%, także ilość cholesteryny we krwi uległa zmniejszeniu z 2,3 na 1,87%. Zaznaczyć należy, że w 10 przypadkach choroby Basedowa stosowanie naświetlań, aczkolwiek doprowadziło do zmniejszenia podstawowej przemiany materji, nie wywarło żadnego wpływu na zawartość cholesteryny we krwi. W przypadku zaś nie wykazującym żadnych objawów basedowizmu pod wpływem naświetlania promieniami Rentgena (1500 R) podstawowa przemiana materji zmniejszyła się o 15%, cholesteryna zaś we krwi wzrosła o 17%.

Przeistoczenie się hipotyroidyzmu w hipertyroidyzm pod wpływem tyroxyny i adrenaliny. (La transformation d'un myxoedeme typique en goitre exophtalmique par la sommation thyroxi-adrénalinique). P. S a i n t o n et H e s s e.

Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Prowadzone od szeregu lat badania kliniczne i doświadczalne wykazały, jak trudno jest wywołać całkowity zespół objawów basedowizmu, zarówno u człowieka jak i u zwierząt przy pomocy stosowania wyciągów z tarczycy. *M. Labbé, Azerad* et *Gilbert Dreyfus* są zdania, że możliwe jest przy pomocy dużych dawek tyroidyny wywołać przyśpieszenie tętna, drżenie kończyn, zaburzenia w przemianie materji, ale zaburzeń psychicznych oraz wytrzeszczu w ten sposób spowodować nie można. Doświadczenia zaś *Saintona* i *Hesse* wykazują, że przy stosowaniu przez czas dłuższy tyroxyny można jednak wywołać u ptaków, kotów, królików i szczurów pewne zmiany psychiczne, jakie spostrzega się w chorobie Basedowa. Co zaś dotyczy wytrzeszczu, to niektórzy autorzy, jak *Notthaft* oraz *Leopold Léwi* spostrzegali wytrzeszcz u osób otyłych, które przez czas dłuższy wprowadzały do ustroju nadmierne dawki tyroidyny, w celu schudnięcia.

Liczne badania *Saintona* i *Hesse* dowiodły, że podawanie wyciągu z tarczycy wraz z adrenaliną wywiera o wiele silniejsze działanie zarówno u ludzi jak i zwierząt, niż podawanie samej tyroidyny.

Sainton i *Hesse* opisują przypadek, dotyczący 38-letniej kobiety, dotkniętej wyraźnemi objawami obrzęku śluzowakowego. Chora ta w roku 1927 ważyła 100 klg. (wzrost 1,6 mtr.), wypadały jej włosy, odczuwała zmęczenie, była ospała i powolna. Podstawowa przemiana materji była zmniejszona o 28,6%.

Zastosowano wstrzykiwania tyroxyny w ilości 1 mgr. Po 20 wstrzykiwaniach tętno wyraźnie się przyspieszyło, podstawowa przemiana materji wykazywała zmniejszenie zaledwie o 6%. Aby wzmocnić działanie tyroxyny zastosowano równocześnie doustnie po 45 kropel adrenaliny dziennie. Po upływie 2-ch tygodni waga chorej wynosiła już 89 kg., tętno 70. Rozpoczęto obecnie energiczne leczenie, wstrzykując domięśniowo po 2 mgr. tyroxyny dziennie z jednoczesnem podawaniem 40 kropel adrenaliny doustnie. Po 3-ch tygodniach podstawowa przemiana materji wynosiła już + 39%, tętno 88, waga ciała 83,5 kg. Po upływie dalszych 2-ch tygodni rozwinął się już wyraźny obraz hipertyroidyzmu: tętno 100, wyraźne drżenie, wytrzeszcz, ciśnienie krwi 85/140, podstawowa przemiana materji + 59%, waga ciała 80,6 kg. Wobec powyższego przerwano podawanie adrenaliny, wstrzykując jednak w dalszym ciągu tyroxynę. Już po kilku dniach stwierdzono wyraźną zmianę stanu chorej: wytrzeszcz znikł, tętno wynosiło 94, ciśnienie krwi zmniejszyło się.

Spostrzeżenie powyższe dowodzi, że adrenalina jest środkiem wybitnie uczulającym działanie tyroxyny. Spostrzeżenie to zasługuje również na uwagę dlatego, gdyż potwierdza zdanie tych autorów, którzy utrzymują, że możliwe jest sztuczne

wywołanie pełnego zespołu objawów hipertyroidyzmu nawet w przypadkach hipotyroidyzmu.

Moczówka prosta pochodzenia kiłowego, przebiegająca wraz z otyłością, zaburzeniami płciowemi, zaburzeniami regulacji cieplnej i przemiany węglowodanowej. (Diabète insipide d'origine syphilitique. Obésité, troubles genitaux, troubles de la regulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. Étude biologique). R. J. Weissenbach, Gilbert-Dreyfus et J. P. Brisset.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Przypadek moczówki prostej opisany przez autorów zasługuje na uwagę ze względu na nagłe pojawienie się tego schorzenia z chwilą wystąpienia porażenia połowicznego na tle przebytej przed 7-miu laty kiły. Przypadek ten jest ciekawy również i z tego względu, gdyż wraz z wielomoczem rozwinęła się otyłość, zaburzenia płciowe (menopauza) oraz zaburzenia przemiany cieplnej i węglowodanowej. Dotyczy to 44-letniej kobiety, która w roku 1907, mając lat 20 zakaziła się kiłą. W roku 1915 pojawiła się „menopauza", oraz wystąpiły silne bóle głowy z porażeniem „oculomotorius" po stronie prawej.W tym samym czasie powstało porażenie połowiczne prawostronne z zaburzeniem mowy i zwiększeniem się ilości moczu do 10-14 ltr. na dobę. Bordet-Wassermann wybitnie dodatni. Po leczeniu swoistym odczyn Wassermana stał się ujemny, jednak ilość moczu pozostawała ciągle duża. W roku 1923 zapalenie rogówki prawego oka z utratą wzroku. W tym czasie chora leczona była wyciągiem z tylnej części przysadki mózgowej, w następstwie czego ilość moczu zmniejszyła się do ½ — 2 ltr. na dobę. Po kilku miesiącach leczenia przysadką stwierdzono szybkie przybywanie na wadze (59-70—75 kg.) oraz wypadanie włosów, szczególnie pod pachami i koło narządów płciowych. Otyłość o charakterze przysadkowatym wzrastała niemal z dnia na dzień i wraz z tem zmniejszał się wielomocz (13 maja chora ważyła 82,2 kg. — 8 czerwca tegoż roku 85,3 kg.). Skoro tylko przerywano stosowanie wyciągu z przysadki, w następstwie czego występował z powrotem wielomocz, waga wykazywała tendencję do obniżania się.

Ciepłota ciała sięgała z rana 38° C, wieczorem zaś obniżała się do 36,6 - 37,2° C. Podwyższanie się ciepłoty nie stało w żadnym związku przyczynowym z leczeniem przeciwkiłowem lub też wstrzykiwaniem wyciągu z przysadki. Najprawdopodobniej przyczyna zaburzenia regulacji cieplnej posiadała to samo źródło co i zaburzenia przemiany wodnej i tłuszczowej.

Stwierdzono również u chorej ślad cukru w moczu (1 - 2 g. na dobę). Cukier we krwi naczczo wynosił 81 mg.% w godzinę po podaniu 50 g. cukru gronowego cukier we krwi sięgał 147 mg.%. Mieliśmy więc do czynienia z odczynem jaki występuje w lekkiej cukrzycy, co się dość często spotyka u chorych na moczówkę prostą. (Trouble glyco-régulateur du type paradiabêtique).

Co się tyczy przemiany mocznika i chlorków, to stwierdzono w przypadku powyższem nieznacznie zwiększenie mocznika we krwi (0,56 g. w litrze) oraz zwiększenie stałej Ambarda do 0,173. Stwierdzono również przy ustalonem podawaniu soli kuchennej (10 g. na dobę) pewne nieznaczne zwiększenie się zawartości chlorków we krwi.

W moczu białka nie stwierdzono. Ilość cholesteryny we krwi wynosi 334 mg.%. Podstawowa przemiana materji była prawidłowa.

W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono: Wassermann ujemny, cukru 93 mg.% białka 0,1%. Rentgenogram czaszki nie wykazywał w siodełku tureckim żadnych zmian.

Autoszczepionka w leczeniu ropni zgorzelinowych płuc. (L'autopyovaccin dans le traitement des suppurations pulmonaires putrides). L. Bernard et Pellisier.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 31; 1931.

Autorowie wstrzykiwali plwocinę chorych z ropniami zgorzelinowemi płuc świnkom morskim. Dawka wstrzykiwanej plwociny była uzależniona od wagi zwierzęcia, oraz od zjadliwości bakterji. Zazwyczaj wstrzykiwano plwocinę 2 - 3 świnkom: jednej 1 cm.^{3}, drugiej 2 cm.^{3} i t. d. Niektóre zwierzęta ginęły z powodu zakażenia ogólnego, inne wykazały ropienie w miejscu wstrzyknięcia plwociny. Szczepionkę przygotowywano z ropy ropnia pojawiającego się w miejscu wstrzyknięcia. Zazwyczaj używano 1 cm^3 ropy w 30 cm^3 wody przekroplonej. Po przeprowadzonej tyndalizacji, szczepionkę zatapiano w ampułki po 2 cm^3.

Leczenie rozpoczynano od wstrzykiwań podskórnych w 1/4 cm^3 szczepionki, po upływie 3 - 4 dni używano dawek większych 1/2, 3/4 i więcej cm^3. Pierwsze 3-4 wstrzykiwania wykonywano w odstępach 3-4 dniowych, następne w odstępach 2-3 dniowych. Leczenie obejmowało zazwyczaj 12 wstrzykiwań, jednakże w przypadkach niektórych dochodziło i do 20 wstrzykiwań.

Ogółem obserwowano 20 przypadków, z czego 10 wyzdrowiało, 5 poprawiło się, 5 zginęło.

Co się tyczy rodzai schorzenia, to z 7 przypadków ropienia zgorzelinowego odosobnionego, wyzdrowiało 6, poprawił się 1. Z 6 przypadków zgorzeli płucnej rozlanej, wyzdrowiało 4, poprawił się 1, zginął 1. Z 4 przypadków zgorzeli płucnej z rozstrzeniami oskrzelowemi stwierdzono poprawę w 2-ch przypadkach oraz w 2 przypadkach zejście śmiertelne. Wreszcie z 3-ch przypadków rozstrzeni oskrzeli z wydzieliną cuchnącą poprawiło się 2-ch, zginął 1.

Autorzy zaznaczają, że leczenie podobnych chorych autoszczepionką zasługuje na szczególną uwagę, albowiem dawało wyniki dodatnie w tych przypadkach, w których wszelkie inne leczenie zawodziło. Pod wpływem leczenia autoszczepionką chorzy przestawali gorączkować, przybierali na wadze, zjawiało się łaknienie, zmniejszała się ilość plwociny.

Krwawiączka przejściowa z wylewami krwawemi do stawu i mięśni w przebiegu lekkiego zakażenia grypowego. (Hémophilie passagère avec hémarthrose et hématome musculaire au cours d'une infection grippale légère). L. Laederich et H. Mamou.
Soc. Méd. des hopit. Nr. 34; 1931.

Przypadek dotyczy 27 letniego mężczyzny, dotkniętego grypą z objawami lekkiego nieżytu oskrzelowego, chory odczuwa silne bóle i łamanie po kościach. Ciepłota sięga 39° C. Posiew krwi

ujemny. Zastosowany salicylan sodu w ilości 8 g. na dobę nie zmniejszył bólów ani obniżył ciepłoty.

Po upływie 5 dni chory poczuł nagle w nocy silny ból w lewem podudziu i w lewym stawie kolanowym. Nazajutrz stwierdzono wyraźne obrzmienie na podudziu, bardzo bolesne, również obrzmienie kolana. Nakłucie wykazało, że zarówno w kolanie jak na podudziu ma się do czynienia z wylewem krwawym. Dokładnie zebrane dane, dotyczące rodziny chorego nie wykazały żadnego podejrzenia w kierunku krwawiączki, co się tyczy samego chorego, to jedynie w dzieciństwie po wycięciu polipa przebył większe krwawienie.

Badanie krwi wykazało: czas krwawienia 3 minuty, krzepliwość krwi przedłużona (30 minut), kurczliwość skrzepu prawidłowa, ciałek czerwonych 3950000, hemoglobiny 65%, ciałek białych 10000, z czego 80% wielojądrzastych.

Wstrzyknięcie choremu 20 cm^3 surowicy końskiej przeciwbłonicznej do wylewu krwawego w podudziu, tyleż pod skórę w pośladek. Po kilku dniach stwierdzono wybitną poprawę, a po następnych 4-ch wstrzykiwaniach surowicy wylewy krwawe znikły zupełnie i czas krzepnięcia krwi i kurczliwość skrzepu powróciły do normy.

Kiedy chory miał już opuścić szpital, dostał anginy z ciepłotą sięgającą do 39,5° C. Fakt ten spowodował nowe opóźnienie krzepliwości krwi (32 minuty), wylewów krwawych tym razem nie było. Po 3 dniach stanu gorączkowego krzepliwość krwi wzrosła do 45 minut, kurczliwość skrzepu była wyraźnie zmniejszona. Z chwilą jednak ustąpienia gorączki krzepliwość krwi i kurczliwość skrzepu wróciła do normy.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że banalne zakażenie, jak grypa i angina doprowadziło do objawów przemijających krwawiączki. Przypadki podobne nie należą do częstych.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane prątkiem Pfeiffer'a. (La méningite aiguë á bacilles de Pfeiffer). T a i l l e u s.
Pédiatrie N. 12. 1931.

Zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych wywołane prątkiem influenzy nie jest zbyt wielką rzadkością, lecz często bywa nie rozpoznawane.

Naogół jednak, co do częstości sprawa ta zajmuje ostatnie miejsce w statystykach i według Neal'a wynosi zaledwie 4.7% przypadków zapalenia opon o innej etjologji (meningokoki — 541 przypadków, pneumokoki—61, paciorkowce — 49, prątki Pfeiffera — 32).

Należy podkreślić okoliczność, że meningitis Pfeiffera należy do chorób wczesnego dzieciństwa. 79% ogłoszonych w piśmiennictwie przypadków dotyczy dzieci poniżej 2-ch lat. Powyżej tego wieku, cierpienie to staje się coraz rzadsze i wyjątkowo tylko zdarza się u dorosłych. Częściowo tem tłomaczy się złośliwy przebieg tej sprawy oponowej. Śmiertelność bowiem wynosi 92 — 97%.

Zakażenie opon prątkiem Pfeiffera przebiega śmiertelnie nie tylko u ludzi; zwierzęta doświadczalnie zakażone przez wstrzyknięcie do kanału m.-rdz. hodowli prątków giną również w tym odsetku. Ciekawy jest fakt, że ropne zakażenie opon prątkiem Pfeiffera nie stoi w żadnym związku z epidemjami grypy lub z przypadkami tej choroby w najbliższem otoczeniu chorego dziecka Rivers sądzi, że te schorzenia oponowe wywoływane są przez specjalną odmianę prątka Pfeiffera.

Początek choroby w porównaniu do innych ropnych zakażeń oponowych niczem specjalnie nie wyróżnia się. Początek bywa zazwyczaj nagły, z towarzyszącemi drgawkami i wymiotami. Ciepłota bywa umiarkowanie wzniesiona lub wysoka; występuje sztywność karku, typowe ułożenie chorego, niepokój, dermografizm i t. p. Naogół u niemowląt zaznacza się senność i znaczne uwypuklenie ciemiączka. Czasami występuje zez, lub porażenia nerwu twarzowego.

Cały ten zespół może się zjawić nagle, nie poprzedzany żadnemi wstępnemi objawami; czasami notuje się jedynie nieżyt noso-gardzielowy.

Wymienione objawy możemy spotykać we wszelkich innych ropnych zakażeniach oponowych; wskutek tego rozpoznanie zakażenia prątkiem Pfeiffera jest niemożliwe bez badania bakterjologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego. Cechy kliniczne nieco różniące zakażenie to od innych ropnych schorzeń oponowych są, według autora, następujące: niewyraźnie zaznaczona sztywność karku i mięśni i mniej wyraźne zaburzenia przytomności.

Nakłucie lędźwiowe wyjaśnia sprawę: płyn jest mętny (lecz rzadko ropny). Badanie mikroskopowe wykazuje liczne ciałka ropne wielojądrzaste i prątki Pfeiffera, przy braku innych drobnoustrojów. Badanie chemiczne stwierdza prócz tego: powiększenie ilości białka i znaczne obniżenie ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym. Leczenie objawowe: nakłucia lędźwiowe, kąpiele itp. nie daje wyników pomyślnych. Niektórzy polecają wstrzykiwania do kanału surowicy ozdrowieńców po influenzy.

Autor przytacza przypadek własny dziecka 2-letniego, które leczone było wstrzykiwaniami do kanału lędźwiowego gonacriny i trypaflaviny w ilości 1 — 2 cm^3 rozczynu 1/50.000 — 1/20.000. Uzyskano jedynie przejściowe polepszenie.

Znaczenie objawowe ropnego wykrztuszania u dzieci. (La valeur séméiologique des expectorations purulentes chez l'enfant). R. P o i n s o.
„Pédiatrie", décembre, 1931.

Wykrztuszanie ropne u dzieci jest ważnym objawem. Należy zwrócić wielką uwagę na wywiady, które wskazują, że dziecko obficie wykrztusza. Dane te otrzymuje się z wywiadów rzadko, ponieważ dzieci do 7-miu lat wogóle prawie nie wykrztuszają, łykając zwykle plwocinę. Z drugiej strony, wykrztuszanie ropnej treści zazwyczaj występuje w przebiegu choroby o nietypowych objawach. Rozpoznanie u dzieci w ropnych sprawach płuc przed uzewnętrznieniem się ropy przez wykrztuszanie bywa niezmiernie trudne. O ile wykrztuszanie w pierwszych latach życia jest wyjątkowe, to jednak może się zdarzyć i wtedy posiada wybitne znaczenie rozpoznawcze. Dziecko w czasie silnego kaszlu wyrzuca część ropnej plwociny na zewnątrz i o ile jest ona obfita robi to wrażenie wymiotów.

OPOZONES LUMIÉRE

wyciągi z całkowitych gruczołów dokrewnych

przygotowane specjalną metodą, polegającą na wiązaniu płynów gruczołu w **kompleksy krystaliczne**, przy pomocy obojętnych związków chemicznych **bez ogrzewania**, co zapewnia Opozonom zachowanie wszystkich czynnych składników świeżego gruczołu w stanie niezmienionym a zatem **najwyższą aktywność**.

KONSERWACJA NIEOGRANICZONA: otoczka glutenowa zabezpiecza czynną substancję od wszelkich wpływów zewnętrznych.

SPOSÓB UŻYCIA: nader wygodny i przyjemny (małe tabletki bez smaku i zapachu).

NAJEKONOMICZNIEJSZA organoterapja dla chorych.

Opozones Thyroïde
„ Corps jaume de l'ovaire (corpus luteum)
„ Orchitique (exstr. testic.)
„ Mammaire
„ Placenta
„ Pancreatique
„ Biliaire (fellis)
„ Hepatique
„ Muqueuse intenstinale
„ Muqueuse stomacale
„ Prostatique
„ Thymus
„ Rénale
„ Tissu nerveux
„ Ganglions (gl. lymhat)

Opozones Pluriglandulaire
(Thyroid. Hypoph. Surrénale)

„ Pluriglandulaire „O"
(ovarique) { Thyroïde, Hypophyse, Surrenale, Ovaire

„ Pluriglandulaire „T"
(orchitique) { hyroïde, Hypophyse, Surrenale, Orchitique

„ Splênique (lien)
„ Surrènale
„ Hypophyse

Każde pudełko zawiera 3 rurki po 18 tabletek, powleczonych glutenem i drażowanych.

Autor porównuje rzadkość wykrztuszania u dzieci z tem co widuje się u dorosłych. U dorosłych najrozmaitsze sprawy płucne poczynając od najbardziej błahych do najcięższych mogą powodować obfite wykrztuszanie. plwociny.

Inaczej u dziecka: w czasie nieżytu oskrzeli, zapalenia płuc, gruźlicy — dziecko nie wykrztusza. Plwociny jest mało i ulega ona łykaniu. Dziecko zaczyna wykrztuszać dopiero wtedy gdy istnieje u niego jama ropiejąca w narządach oddechowych, bądź to w samych oskrzelach bądź komunikująca z oskrzelem. W ten sposób objawowe znaczenie wykrztuszania u dzieci ogranicza się do niektórych, ściśle określonych spraw chorobowych dróg oddechowych.

Jedno tylko cierpienie dziecięce stanowi wyjątek, w którem mimo braku jamy widuje się stale wykrztuszanie, — jest to krztusiec.

W kilku słowach porusza autor sprawy bardzo rzadkie, które mogą dawać wykrztuszanie u dziecka: ropień śródpiersia, zserowacenie gruczołów wnękowych, ropnie zimne części kostnych klatki piersiowej. Są to sprawy wyjątkowe. Natomiast ropienie w oskrzelach u dzieci bywa często w przypadkach rozstrzeni oskrzelowych (bronchiectasiae). Rozpoznanie tej sprawy jest zawsze trudne, gdyż u dzieci obraz rozstrzeni oskrzelowych nie występuje z taką wyrazistością, jak u dorosłych.

Zwykle są to dzieci oddawna zapadające na częste nieżyty oskrzelowe, lub dzieci, które przebyły odrę powikłaną sprawami płucnemi, lub ciężki krztusiec. Kaszlą one tygodniami i czasami trochę wykrztuszają, ale to nie jest bynajmniej konieczne. Lecz nawet minimalne wykrztuszanie powinno już zwrócić uwagę.

Czasami występuje lekki krwotok w połączeniu z wykrztuszaniem ropnej plwociny. Często kaszlowi towarzyszy charakterystyczny foetor oddechu.

Mimo te objawy, stan ogólny bywa dobry; niema ani chudnięcia, ani gorączki. Objawów fizykalnych brak lub są ściśle umiejscowione i trwałe, nie znikające tygodniami rzężenia wilgotne u podstawy płuc. Czasami, ale rzadko dołączają się objawy jamowe. Częściej widuje się hippokratesowe zgrubienia ostatnich paliczków. Gruźlicę wyklucza się: 1) szukając prątków w plwocinie, 2) za pomocą zdjęcia rentgenowskiego, na którem stwierdza się wzdłuż wnęki po obu stronach serca drobne plamy jasne otoczone ciemną obwódką i ugrupowane nakształt kiści gronowych. Typowe i patognomoniczne obrazy rozstrzeni oskrzeli widuje się na zdjęciach po wlaniu lipiodolu do oskrzeli.

Prócz omówionej etjologji rozstrzeni oskrzelowych należy zwrócić uwagę na znaczenie kiły wrodzonej, która niszcząc tkankę sprężystą stwarza doskonałe podłoże dla powstania rozstrzeni. Leczenie swoiste w tych przypadkach może dać dobre wyniki.

Ropienia jamy opłucnowej, komunikujące z oskrzelem dają również ropne wykrztuszanie. W zapaleniach rozlanych jamy opłucnowej zdarza się to rzadko, gdyż znacznie wcześniej ustala się rozpoznanie. Przeciwnie ropne zapalenia opłucnej otorbione stwarzają pomyślne warunki dla drążenia ropy znajdującej się pod ciśnieniem do oskrzeli. Te ropnie międzypłatowe są względnie rzadkie, u dzieci jednak bywają, gdyż u nich, w odróżnieniu od dorosłych, szczeliny międzypłatowe są zwykle nie zrośnięte i wolne.

Czasami mogą to być ropnie płuca okołoszczelinowe (abscessus periscissuralis), częstsze u dorosłych. Rozpoznanie, nawet rentgenologicznie ropni międzypłatowych bywa trudne, gdyż podobny cień mogą dawać nacieczenia płucne okołoszczelinowe (parascissuralis).

Nagół jednak, według autora, ropnie w tkance płucnej u dzieci są rzadkością. Zwykle wchodzą w rachubę tylko ropnie wtórne w następstwie zawału, zapalenia płuc, wycięcia migdałków, ciała obcego w oskrzelach. Ropnie te zwykle są monobakteryjne, t. j. stwierdza się w ropie jeden dominujący typ drobnoustrojów ropnych. Rozpoznanie przed wykrztuszaniem ropy bywa utrudnione. Prócz ropni zwykłych, może zdarzyć się zropienie torbieli bąblowca, który wg. autora nie jest rzadkością u dzieci.

Zgorzel płuc nie wchodzi do rzędu tych stanów, gdyż u dzieci zgorzel najczęściej bywa rozlaną, o postaci posocznicowej lub opłucnowej i zabija wcześniej niż dochodzi do przebicia oskrzela.

Ropienia przewlekłe u dzieci są rzadkością. Czasami może to być gruźlica z jamą, a szczególnie ciało obce w oskrzelu, którego rozpoznanie poza zdjęciami rentgenologicznemi dokonywa się także za pomocą bronchoskopji.

CHIRURGJA.

Ziarnica złośliwa (Lymphogranulomatosis maligna, choroba Hodgkina) — temat programowy III Zjazdu Anatomów Francuskich. (La lymphogranulomatose). **V a s i l i u, F a v r e i C r o i z a t.** *La Presse Méd. Nr. 2, styczeń 1932 r.*

Etjologja ziarnicy złośliwej daleką jest jeszcze obecnie od całkowitego wyjaśnienia. Jedni uważają za pierwotny czynnik chorobotwórczy ziarnicy prątka gruźliczego, inni — jakieś zakażenie swoiste ale niegruźlicze a są i tacy, którzy uważają ziarnicę za schorzenie nowotworowe; to ostatnie przypuszczenie jednak wydaje się być najmniej prawdopodobnem. Cały przebieg kliniczny i obraz drobnowidzowy skrawków tkanek schorzałych przemawia za przewlekłym procesem zapalnym w rodzaju gruźliczego, kiłowego lub trądowego (lepra).

Od czasu badań doświadczalnych *Paltaufa* i *Sternberga*, a zwłaszcza *Fraenkela* i *Mucha* — którzy wykryli w tkankach ziarnicowych obecność ziaren piątków gramo — dodatnich i odpornych względem antiforminy, zaczęto uważać tło gruźlicze ziarnicy złośliwej za dowiedzione. Jednakże w ostatnich czasach wysuwa się coraz więcej zarzutów przeciwko słuszności tego twierdzenia: w tkankach ziarnicowych tylko w 50% wszystkich przypadków znaleziono prątki gruźlicze, a wstrzyknięcie wyciągu tych tkanek świnkom morskim bynajmniej nie zawsze wywołuje w nich proces gruźliczy. Zjawia się przypuszczenie, że prątki gruźlicze, znalezione w gruczołach ziarnicowych, nie są tutaj główną przyczyną chorobotwórczą, ich obecność może być raczej przypadkowa, jak to ma miejsce np. w różnych gruczołach chłonnych u ludzi zdrowych. A wstrzykiwanie świnkom morskim wyciągów z gruczołów chłonnych prawidłowych i gru-

czołów białaczkowych również wywoływało w nich, w pewnej liczbie przypadków, powstanie procesu gruźliczego.

Reasumując wyżej powiedziane, przyznać trzeba, że tło gruźlicze ziarnicy złośliwej jest tylko prawdopodobne, gdyż niema, jak dotychczas, żadnego dowodu pewnego (bakterjologicznego, doświadczalnego), przemawiającego tutaj na korzyść zakażenia gruźliczego lub jakiegokolwiek innego.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych w ziarnicy złośliwej, to polegają one, jak wiadomo, na powstawaniu ognisk tkanki ziarninowej, w których stwierdza się obecność bardzo różnorodnych komórek: limfocytów, leukocytów obojętnochłonnych i kwasochłomnych, komórek plazmatycznych, fibroblastów i, wreszcie, tak zwanych komórek Sternberga czyli małych komórek olbrzymich — uważanych za swoiste do pewnego stopnia dla ziarnicy złośliwej. Ogniska owe umiejscawiają się w gruczołów, w płucach (bronchitis, corticopleuritis) śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym, skórze, a rzadziej — w przewodzie pokarmowym, nerkach, grasicy, tarczycy i trzustce.

Klinicznie cierpienie zaczyna się obrzmiewaniem gruczołów chłonnych, zwykle począwszy od szyi i dołów pachowych; gruczoły są duże, twarde, nie zrastają się ze sobą i prawie nigdy nie dochodzi w nich do ropienia. Następnie ulega obrzmieniu, z reguły, wątroba i śledziona, występuje gorączka — o typie nieprawidłowym, swędzenie skóry, a we krwi stwierdza się eozynofilja i zwiększenie ogólnej liczby białych ciałek z przewagą wielojądrzastych.

Choroba trwa kilka lat, z typowemi chwilowemi remisjami; bywają i postacie o przebiegu gwałtownym, szybko prowadzącym do śmierci. Rokowanie jest złe.

Spostrzega się względnie często współistnienie ziarnicy złośliwej z gruźlicą, przyczem ta ostatnia ujawnia się zwykle już w przebiegu ziarnicy.

Obraz kliniczny i leczenie gruczolaków przysadki mózgowej. (L'adénome de l'hypophyse). De Martel i Giullaume.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Przednia część przysadki, mająca — jak wiadomo — budowę drobnowidzową gruczołu wewnętrznego wydzielania (podobnie jak tarczyca i nadnercza), bywa siedliskiem gruczolaków, które stosunkowo łatwo ulegają tutaj zwyrodnieniu torbielowatemu. Gruczolaki te, ze względu na umiejscowienie przysadki w ograniczonej i niepodatnej jamie kostno — tkankołącznowej, wcześnie doprowadzają do zaniku właściwej tkanki przysadki (wskutek ucisku), zaniku ściany kostnej i rozszerzenia siodełka tureckiego, ucisku na skrzyżowanie nerwów wzrokowych (od dołu i przodu), i ucisku na dno III komory mózgowej.

Objawy kliniczne, zależne od mechanicznego ucisku guza. Do najwcześniejszych należą bóle głowy, umiejscowione poza gałkami ocznemi, na poziomie skroni. Bóle te często poprzedzają wystąpienie innych objawów na szereg lat i ustępują z chwilą dostatecznego rozciągnięcia przepony siodełka lub przerwania ściany kostnej siodełka w kierunku zatoki kości klinowej względnie operacyjnego wydłutowania tej ściany.

Zdjęcie rentgenowskie wykazuje rozszerzenie, jakby rozdęcie i pogłębienie siodełka kości klinowej i ścieńczenie i skrócenie grzbietu siodełka i wyrostków pochylonych (proc. clinoidei).

Bardzo wcześnie rozwija się zanik nerwów wzrokowych wskutek ucisku guza na miejsce ich skrzyżowania; zanik ten zaczyna się od ćwiartki skroniowej górnej pola widzenia, następnie, zajmuje ćwiartkę skroniową dolną (hemianopsia bitemporalis completa), nosową dolną, górną i doprowadza ostatecznie do zupełnej ślepoty. Charakterystycznem jest dla gruczolaków przysadki, że ów zanik nerwów wzrokowych występuje odrazu jako taki, bez uprzedniego okresu wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego (z tarczą zastoinową nerwu wzrokowego), gdyż guzy przysadki nie są zasadniczo guzami wewnątrzczaszkowemi, i do wzmożenia ciśnienia w czaszce doprowadzają dopiero w końcowym okresie swego rozwoju (wodogłowie wewnętrzne wskutek ucisku na III komorę). W późnym okresie choroby może dojść również do porażenia uciskowego III, IV, V i VI pary nerwów czaszkowych, a przy obecności wodogłowia wtórnego — do poliurji, senności, śpiączki, wymiotów i t. p.

Objawy kliniczne zależne od zaburzeń czynności przysadki. Tkanka przedniego zraza przysadki składa się drobnowidzowo z szeregów komórek wielokątnych, z których jedne łączy się chciwie z barwnikami roślinnemi (barwnikochłonne, przeważnie kwasochłonne), inne — nie barwią się wcale. Guzy przysadki mogą się składać zarówno z jednych, jak i z drugich. Guzom komórek nie barwiących się towarzyszą objawy niedomogi czynnościowej przysadki (hypopituitarismus), a mianowicie: upośledzenie czynności płciowych (brak popędu płciowego, brak miesiączki), zanik gruczołów płciowych, skóry, gruczołów łojowych i cebulek włosowych, nadmierna otyłość z dużą wrażliwością na zimno, względnie infantilismus. Guzom zaś z komórek barwnikochłonnych towarzyszą objawy nadczynności przysadki (hyperpituitarismus): zespół akromegaliczny z przerostem skóry, kości twarzy (zwłaszcza żuchwy, stóp, dłoni), wzmożeniem przemiany materji i cukromoczem.

Rozpoznanie różniczkowe. Uwzględniać tutaj należy innego pochodzenia guzy okolicy przysadki: torbiele z kieszonki Rathkego (wewnątrz siodełka lub ponad niem), meningioma suprasellare i glejak w miejscu skrzyżowania nerwów wzrokowych; poza tem objawy guza przysadki może dawać również wodogłowie wewnętrzne. Torbiele kieszonki Rathkego występują wyłącznie w wieku młodym i towarzyszą im w 85% wszystkich przypadków ogniska zwapnienia w okolicy ponadsiodełkowej, widoczne dobrze na zdjęciu rentgenowskiem. W przypadkach torbieli Rathkego bez zwapnień i meningioma suprasellare nie będziemy mieli — w odróżnieniu od torbieli samej przysadki — ani tego charakterystycznego rozszerzenia siodełka, ani typowego zwężenia pola widzenia. Glejaki skrzyżowania nerwów wzrokowych są bardzo rzadkie i powodują powstanie

nieprawidłowego ubytku ośrodkowego w polu widzenia. W przypadkach wodogłowia rozszerzona III komora mózgowa może czasami wywierać ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych i przysadkę, maskując w ten sposób jej guz.

L e c z e n i e gruczolaków przysadki ma na celu usunięcie mechanicznych objawów uciskowych i zaburzeń czynnościowych ze strony przysadki. Jeśli chodzi o objawy uciskowe, to leczeniem z wyboru jest operacja, polegająca na usunięciu większej części guza i wykonana zapomocą wydłutowania czasowego kości czołowej; droga operacyjna przez nos (przez kość klinową) została obecnie prawie całkowicie zarzucona. Bóle głowy i zaburzenia wzroku ustępują po operacji prawie natychmiast. Po operacji wskazanem jest naświetlenie okolicy przysadki promieniami Roentgena, jako uzupełnienie leczenia operacyjnego. Ograniczenie leczenia guzów przysadki wyłącznie do naświetlań rentgenowskich jest niecelowe i wyników nie daje.

Leczenie zaburzeń czynnościowych ze strony przysadki wyciągami gruczołowemi ogranicza się, jak obecnie prawie wyłącznie, do stosowania wyciągów z tarczycy w stanach apatji, senności i obniżenia prawidłowej przemiany materji, po którem zauważono wyniki dobre (wpływ na przysadkę poprzez tarczycę, w myśl ścisłej korelacji tych gruczołów dokrewnych). Podawanie wyciągów przysadkowych wyników leczniczych nie daje wcale.

Nowotwory tylnej jamy czaszkowej. (Les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, leur diagnostic précoce). D e M a r t e l, G u i l l a u m e i L a s s e r y.

Le Journ. Médical Français Nr. 10, październik 1931 r.

Zasada ogólna, że wyniki leczenia operacyjnego nowotworów zależą w pierwszym rzędzie od wczesnego ich rozpoznawania, dotyczy w stopniu może najwybitniejszym nowotworów mózgu. Autorowie w pracy niniejszej zwracają uwagę na te objawy kliniczne guzów tylnej jamy czaszkowej, które umożliwiają jaknajwcześniejsze ich rozpoznanie.

Guzy tylne jamy czaskowej należą do najczęstszych nowotworów mózgu. Jedne z nich — guzy k ą t a m o s t o w o - m ó ż d ż k o w e g o i guzy s a m e g o p n i a m ó z g o w e g o — pozwalają na bardzo wczesne ich umiejscowienie (zajęcie nerwów czaszkowych, występujące naprzemian porażenia ośrodkowe), inne — g u z y I V k o m o r y i m ó ż d ż k u — zlokalizować z początku jest znacznie trudniej, gdyż prawie jedynym objawem bywa wówczas wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

I. G u z y k ą t a m o s t o w o - m ó ż d ż k o w e g o — ich punktem wyjścia bywa najczęściej n e r w s ł u c h o w y (szum w uchu, głuchota jednostronna); po pewnym czasie przyłączają się objawy ze strony n e r w u t w a r z o w e g o (porażenie mięśni tejże strony twarzy, drgawki) i t r ó j d z i e l n e g o (bóle w zakresie tego nerwu i znieczulenie). Dopiero w okresie znacznie późniejszym występują objawy ze strony móżdżku, dróg piramidowych i wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego (tarcza zastoinowa nerwu wzrokowego), ale na operację bywa już wtedy zwykle zapóźno.

II. G u z y p n i a m ó z g o w e g o — dają względnie wcześnie zespół objawów ze strony konarów mózgu (porażenie nerwu okoruchowego po tej samej stronie i porażenie piramidowe po stronie przeciwnej) lub zespół mostowo - opuszkowy (porażenie twarzy i nerwu odwodzącego po tejże stronie i piramidy po stronie przeciwnej); wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego występuje tutaj późno.

III. G u z y I V k o m o r y i m ó ż d ż k u — jednym z najwcześniejszych objawów bywa wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, który rozwija się zwykle bardzo szybko i osiąga duży stopień. Bóle głowy są umiejscowione w jej tyle i szerzą się do karku; poruszanie głową wywołuje wymioty, które wogóle mogą tutaj być pierwszym objawem choroby (mylne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza u dzieci!). Wkrótce przyłączają się objawy zaburzenia równowagi i hypotonja mięśniowa, zwykle jednostronna. Objawy ze strony nerwów czaszkowych i pnia mózgowego występują dopiero na końcu, kiedy na operację jest już zapóźno. Od nakłucia lędźwiowego w przebiegu guzów tylnej jamy czaszkowej lepiej jest się wstrzymać zupełnie, ze względu na duże niebezpieczeństwo tego zabiegu w powyższych przypadkach (nagła śmierć wskutek zaklinowania opuszki rdzeniowej w otworze potylicznym).

L e c z e n i e o p e r a c y j n e w przypadkach guzów konarów mózgu, mostu lub opuszki będzie polegało jedynie na odciążeniu (decompressio) i naświetlaniach radowych, gdyż usunięcie samego nowotworu jest tutaj niemożliwe. Guzy kąta mostowo - móżdżkowego są natury dobrotliwej i dają wskazania do ich częściowego wyłyżeczkowania względnie rozkawałkowania — wyniki lecznicze są tutaj doskonałe.

Glejaki móżdżku w postaci torbieli dają się mniej lub więcej doszczętnie usunąć, glejaki naciekające — tylko wtedy, kiedy są niewielkich rozmiarów. Brodawczaki czwartej komory dają się usunąć zwykle całkowicie, medulloblastomata zaś, bardzo częste u dzieci, ze względu na ich dużą złośliwość dają wskazania tylko do naświetlań radowych.

Guzy gruźlicze półkul móżdżku dają wskazania tylko do odbarczenia (decompressio) i wycięcia zmienionej chorobowo części pajęczynówki, z następowem leczeniem ogólno - wewnętrznem.

RENTGENOLOGJA.

Reakcje skórne mierzone w jednostkach r elektrostatycznych. (Reactions cutanées en unités r électrostatiques). A. G u n s e t t.

Journal de Radiologie, 1930 r. T. VIX, Nr. 5, str. 283.

Ze względu na to, iż pomiary w r międzynarodowych znajdują we Francji coraz szersze zastosowanie, a. zmienił podziałkę jonometru Solomona dostosowując ją do wyżej wspomnianych jednostek. Pomiarów dokonał przy pomocy aparatu Küstnera. By ułatwić pomiary A. podjął się zaobserwowania stosunku reakcji skórnych do wielkości dawki promieni rtg.

W Niemczech ustalono, iż dawka HED odpowiadała 550 r międzynarodowych przy filtrze

0,5 Cu. A. podobnych pomiarów dokonał przy innych filtrach. W doświadczeniach swych dowiódł, że reakcja biologiczna skóry, zależna od ilości r, nie jest tą samą jeśli przy różnych filtrach podajemy równą liczbę r. Należy więc ustalić dawkę HED dla każdego z tych filtrów. Pomiarów a. dokonał przy pomocy aparatu Küstnera. Dadzą się one jednak również uskutecznić aparatem Dauvilliera, wyskalowanym w jednostkach w r międzynarodowych pod warunkiem, aby lampa była mierzoną bez chorego, gdyż kamera Dauvilliera zależną jest od długości fali promieni, wskutek czego ulega wpływom wtórnego promieniowania tkanek.

Naogół jeśli na skórę chorego damy dawkę „a" i umieścimy na miejscu naświetlanem komorę jonizacyjną, to komora otrzyma o „b" promieni więcej czyli dawkę „a" — „b". Dawka „b" warunkuje się promieniowaniem tkanki, którego przy pomiarach w powietrzu nie mamy. Dawkę tę a. nazwał dawką dodatkową dyffuzji.

Dyffuzja uwarunkowaną jest od materjału z którego zrobiona jest rurka, zależy również od długości fali, kierunku promieni oraz wielkości pola. Obecnie zauważa się tendencję do stworzenia kamery o wiadomych danych i do stosowania jej powszechnie. Kamery te winny przedewszystkiem możliwie mało ulegać wpływom długości fali. Zagranicą kamery tego rodzaju wogóle są w użyciu. (Kamera Hammera, Rajewskiego i Mekapionu). A więc pomiary czynione na chorym różnemi kamerami nigdy nie są równowartościowe, a zależą od dawki dodatkowej dyffuzji, które są różne w różnych kamerach. Aby upodobnić do siebie pomiary czynione różnemi kamerami a. radzi dokonywać pomiarów zawsze bez chorego.

W Niemczech podstawą pomiarów jest dawka rumieniowa, we Francji — dawka wywołująca epidermitis. Jednak żadna z nich nieda się ująć w sposób bardzo ścisły. Przy promieniach mocno filtrowanych rumień powstaje dość różnie: w następnym dniu po naświetleniu zjawia się szybko ustępujące zarumienienie skóry. Po kilku dniach pojawia się drugi rumień, utrzymujący się parę dni i pozostawiając pigmentację. W innych przypadkach przy dawkach silniejszych po pierwszej fali rumienia następują inne fale, których może być cały szereg, przyczem przy każdej fali reakcja jest większą, osiąga punkt kulminacyjny, poczem znów maleje i znika nie pozostawiając śladów, lub jeśli dawka była dostatecznie dużą, pozostawiając pigmentację, łuszczenie, a czasem nekrozę. Okresy trwania rumienia są w prostym stosunku do wielkości dawki. Reakcja skóry w znacznej mierze zależy od promieniowania wtórnego, więc pomiary czynione bez chorego nie dają wyraźnego pojęcia o dawce którą skóra otrzymała. Należy brać warunki w których naświetlano. (Napięcie, natężenie, filtr, odległości, wielkość pola naświetlanego, szerokość tubusa, okolicę ciała). Jednym ze stopni reakcji biologicznej jest dawka HED, określona przez Seitza i Wintza — jest to lekkie zarumienienie, występujące w 8 dni po naświetleniu powierzchni 42 cm² przechodzące po 3 tygodniach w kolor jasno-bronzowy oraz dające pigmentację po 6 tygodniach. Naświetlać trzeba z odległości 23 cm. przez filtr 0,5 Cu lub Zn. Określając tę dawkę w r międzynarodowych badacze czynili pomiary bez chorego i otrzymali rezultaty następujące:

Küstner	1 HED—551 r	—15%
Wintz, Holthusen, Holdfelder	1 HED—553 r	— 8%
Schultz i *Reckling-hausen*	1 HED—550 r	

Przy dawkach większych otrzymywano reakcje silniejsze i tak:

Radiodermitis 1° przy 605 r (w granicach 514 — 696 r),

Radiodermitis 2° przy 605 r (w granicach 561 — 759 r),

Radiodermitis 3° przy 718 r (w granicach 608 — 820 r).

Badanie powyższe wykonano przy filtrach 0,5 Cu i lżejszych. A. w roku 1927 czynił podobne doświadczenia z ciężkiemi filtrami powyżej 0,5 Cu a przedewszystkiem dla 2,0 Cu przy 200 Kv i 3 MA. Stosował przeważnie małą dawkę odrazu. W doświadczeniach swych a. badał reakcje dla 9 cm², 70 cm² i 120 cm² przy filtrach 2 Cu + 2 Al, 0,5 Cu + 1 Al, 1 Cu — oraz 1,5 Cu — 2 Al, stosując napięcie 200 KV.

Dla pola 9 cm² przy filtrze 2 Cu — 2 Al, podając dawkę od 420 r do 1000 r międzynarodowych otrzymał reakcje niewychodzące poza granicę rumienia i pozostawiające większą lub mniejszą pigmentację. Podając 1500 r otrzymał reakcję zapalną prowadzącą do zaniku i martwicy skóry. Przy dawkach podzielonych reakcje były znacznie mniejsze.

Przy filtrach 0,5 Cu — 1 Al, 1 Cu oraz 1,5 Cu — 2 Al. podając dawki od 420 r do 1000 r a. otrzymał różne stopnie rumienia, pozostawiającego po sobie pigmentację lub zniszczenie.

Dla pola 72 cm² przy tychże filtrach a. podawał dawki od 500 do 550 r, otrzymując różne stopnie rumienia, niekiedy z łuszczeniem.

Dla pola 120 cm² przy filtrze 2 Cu — 2 Al podając dawki od 500 do 700 r a. otrzymał intensywny rumień zaś przy filtrach cieńszych—rumień, któremu towarzyszyło silne łuszczenie.

Podając przez 2 Cu — 2 Al przy 200 KV dawkę 1670 r podzieloną na 5 seansów (naświetla codziennie w ciągu 5 dni) na pole 250 cm² a. otrzymał tylko rumień. Dawka ta przy pomiarach dokonanych w powietrzu (bez chorego) odpowiadała 1200 do 1380 r.

Wnioski A.

1°. Pomiary w r międzynarodowych wykonane dozometrem Dauvillier'a przez Dauvillier'a, Laborda i Saget'a przy pomocy dużej kamery jonizacyjnej ułatwi we Francji pomiary na podstawie tej jednostki.

2°. A. dozując aparat Dauvillier'a przy pomocy kamery Küstnera otrzymał rezultaty zbliżone.

3°. A. przy dawkowaniu w r międzynarodowych kamerą Dauvillier'a, radzi robić pomiary bez chorego w warunkach podobnych do tych, w jakich była skalowana kamera.

4°. Wskazania biologiczne osiągnięte przez dozowanie w r międzynarodowych mogą służyć do stosowania w praktyce kamery Dauvilliera w granicach długości fal przy których ta ostatnia była skalowana.

5°. Wartości dawki dodatkowej, powodowanej dyffuzją, są znacznie większe gdy się mierzy ka-

merami zależnemi od długości fali. A. nie radzi robić pomiarów kamerą D. umieszczoną na skórze chorego, gdyż wyniki otrzymane nie odpowiadają pomiarom czynionym kamerami niezależnemi od długości fali, ani też pomiarom czynionym w powietrzu.

6°. Podane są dla pól o powierzchni 9 cm², 70 cm² oraz 120 cm² dawki w r międzynarodowych odpowiadającej biologicznej reakcji skóry, które ułatwią pomiary w r międzynarodowych.

7°. Podano krzywę zwiększania się dawki dodatkowej, powodowanej dyffuzją, przy filtrze 2 Cu — 2 Al. i 200 KV podczas zwiększania wymiarów pola, w zależności od działania powierzchni naświetlanej.

8°. Przy pomocy kamery Hammera, niezależnej od długości fali, robiono pomiary na chorym. W tych warunkach dawki 1500 r i 1670 r (mierzono na chorym) przy filtrze 2 Cu i 200 KV mogą być podane w ciągu 5 dni, niewywołując reakcji rumieniowej.

Badanie żołądków kaskadowych. (Etude de l'estomac en cascade). G. C h a u m e t.

Jurnal de Radiologie 1930 r. T. XIV, Nr. 6, str. 321.

Pomijając przypadki o podłożu patologicznem (czynnik nowotworowy i zapalny) A. stara się wytłómaczyć powstanie żołądków kaskadowych, w których badania żadnych zmian paza tem nie wykazały.

Czynniki, które według różnych autorów mają powodować kaskadowość jak:

1) Wrodzone skrócenie małej sieci

2) Ucisk przez guz pozażołądkowy

3) Ucisk przez rozdęte i przemieszczone jelito

4) Aerogastrja

5) Podatność ścian w górnej części żołądka wskutek budowy anatomicznej

6) Skurcz

A. uważa za niewystarczające. Aczkolwiek czynniki te często towarzyszą i sprzyjają utworzeniu kaskady, a obecność niektórych z nich jak aerogastrja jest warunkiem koniecznym do jej powstania, jednak żaden z nich według A. nie jest czynnikiem wystarczającym.

A. opierając się na swych obserwacjach dowodzi iż do powstania kaskady konieczne są dwa warunki:

I) Przyleganie krzywizny dużej do tylnej części kopuły przepony na większej przestrzeni wskutek odmiany w anatomicznej budowie więzadeł żołądka (czynnik anatomiczny).

II) Rozwój dużej komory powietrznej przy aerogastrji oraz wskutek przylegania do przepony rozszerzenie się jej ku przodowi i dołowi (czynnik patologiczny).

Te dwa czynniki A. uznaje za konieczne i dostateczne dla powstania kaskady w żołądku; inne, wyżej przytoczone mają tylko sprzyjać jej rozwojowi.

Dr. W. Trzetrzewiński

CHOROBY UCHA, NOSA I GARDŁA.

Leczenie niektórych rodzajów bólu głowy promieniami wysokoczęstotliwymi. (Traitement de certaines céphalées par l'effluvation de haute fréquence). H. C a b o c h e.

Archives internat. de lar, otol.-rhin. T. 36. N. 3. (1930).

Bourgeois, Dutheilet, de Lamothe i *Portmann* pierwsi stosowali diatermię w otorhinolaryngologji (na terenie francuskim: Ref.) i to z korzystnymi wynikami. Wyniki te dotyczyły głównie elektrokoagulacji przy wskazaniach chirurgicznych. *Leroux-Robert* uzyskał wyniki diatermią w sensie internistycznym w wypadkach przytępienia słuchu, szumu w uszach, zawrotów głowy, dolegliwości w gardle i krtani, wreszcie przy bólu głowy pochodzenia nosowego. Autor zebrał i częściowo opisuje 22 spostrzeżeń w ostatnim kierunku.

Autor stosuje dwie metody: 1) dwubiegunową t. j. diatermię sensu stricto i 2) jednobiegunową (effluvation). Technika 1) jest powszechnie znana. Czynna elektroda przypada na okolicę bolesną. Posiedzenia są 10 — 15 minutowe i odbywają się w ilości łącznej 6 — 12 codzień lub co drugi dzień. Diatermia jednobiegunowa daje wyniki lepsze. Elektrody są tu szklane o różnych kształtach, zależnie od okolicy aplikacji (ciemię, okolica zatoki czołowej lub szczękowej). Można też stosować równocześnie kilka elektrod czynnych. Specjalne elektrody są wymagane przy stosowaniu wewnątrznosowem (okolica muszli dolnej i średniej). Natężenie reguluje się uczuciem ciepła podanem przez leczonego. Czas posiedzenia przy leczeniu wewnątrznosowem nie przekracza 10 minut. Inne zasady jak przy 1). Metody te mają w licznych opornych przypadkach wybitne działanie uśmierzające i zasługują obok „centroterapii" *Bonniera* i pendzlowań znieczulających okolicy klinowo-podniebiennej wedle *Halphena* na baczną uwagę. Etjologicznie leczone tu bóle głowy obejmują w pierwszym rzędzie schorzenia zatok.

Leczenie pooperacyjne zapalenia wyrostka sutkowego ozonizowanym chlorkiem magnu. (Le traitement postoperatoire des mastoidites par le chlorure de magnésium ozonizé). P h i l i p M.

j. w.

Zasada: Przy przejściu prądu elektrycznego przez rozczyn chlorku sodu i magnu wywiązują się czynne jony chloru i ozonu, które działają antyseptycznie i pobudzająco na tkanki. *Technika:* Przez flaszkę z odpływem, w której znajduje się świeżo sporządzony rozczyn (Rp. Sol. 10% magnesii chlorati 5,0, Natrii chlorati cryst. 7,50, Aquae destill. 1000,0) i w którym pływają elektrody i termometr, przepuszcza się prąd elektryczny, aż póki temperatura płynu osiągnie 37°, poczem płyn jest gotowy do użytku.

Na drugi dzień po operacji usuwa się setony z rany pooperacyjnej i przepuszcza się zapomocą drenu z metalową giętką kanką płyn gotowy do użytku przez ranę w formie irrygacji, poczem ranę całkiem tylko leciutko się setonuje. Tę procedurę, dla pacjenta bardzo łagodną i niebolesną, a w technice nader prostą, powtarza się codzień. *Efekt:* Po 20 do 30 dniach rana jest zabliźniona.

Metoda ta, zdaniem autora, unika ujemnych stron tamponady, spełnia doskonale zadanie mechanicznego oczyszczania rany, działa antyseptycznie i przyśpiesza gojenie; łączy prostotę z pewnością, łatwość aplikacji z szybkością wyników.

Autor stosuje metodę od kilku miesięcy. Ilości spostrzeganych przypadków nie podaje.

Lampę kwarcową należy wyeliminować z obrębu metod miejscowego leczenia gruźlicy krtani. (La lampe a rayons U. V. d'onde courte, serait à écarter du traitement local de la tuberculose laryngée). K o w l e r.

j. w. N. 5.

Autor na podstawie spostrzeżeń w Mentonie dochodzi do wniosku, że lampa kwarcowa i pokrewne źródła promieni pozafiołkowych krótkofalistych, nie nadają się do leczenia miejscowego gruźlicy krtani. Przyczynę widzi autor 1) w braku *ciągłości* widma, które cechuje światło słońca i która jest zasadniczym warunkiem działania światłoleczniczego w gruźlicy krtani, 2) w braku promieni długofalistych (od czerwonych i pozaczerwonych aż do fiołkowych), które mają być najważniejsze i 3) w obecności promieni szkodliwych („rayons abiotiques"), które zawierają te lampy, a których właśnie niema w promieniach słońca *(Lacarme)*. Badania autorów, jak: *Pach, Guillaume* i *Courmelles* wykazały szczególnie korzystne działanie kombinacji promieni o najróżniejszej długości fali. Również *Worms* wypowiedział się negatywnie co do działania tych lamp. Wyjątek stanowią w pewnej mierze niektóre lampy łukowe, których widmo jest ciągłe. Co do samego światła słonecznego, to naświetlanie regularne bezpośrednie krtani leży wciąż jeszcze w sferze ideału; do celów praktycznych trzeba się zadowolić lusterkiem, do czego autor poleca ze względu na jego prostotę instrumentarjum M. Roussel'a.

Trzy przypadki ostrego zapalenia wyrostka sutkowego z nagłemi i ciężkiemi powikłaniami w przebiegu ostrych zapaleń ucha środkowego. O pożyteczności wczesnej paracentezy błony bębenkowej w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. (Trois cas de mastoidites d'emblée avec complications rapides et graves au cours d'otites moyennes aigues. De l'utilité de la paracentèse précoce du tympan dans l'otite moyenne aigue). T a v i a n i.

j. w. N. 4.

Autor podaje opis trzech operowanych przypadków: w pierwszym, u pięcioletniego dziecka przy typowych objawach ostrej ropnej mastoiditis z chełboczącym obrzękiem zausznym i przebiegu całkiem krótkotrwałym (8 dni), brak niemal zupełnie oznak otoskopijnych otitis media za wyjątkiem lekkiego zaróżowienia w okolicy błony *Shrapnell'a*, a zabieg wykazał daleko posunięte zmiany z dwoma dużymi martwiakami zupełnie oddzielonymi w łusce skroniowej (wątpić należy, czy mogły one powstać w tych ośmiu dniach przebiegu choroby. Ref.) i ropień zewnątrzoponowy.

W przypadku drugim, u 50-letniego mężczyzny, po katarze nosa rozwijają się w szybkiem tempie objawy mastoiditis i podrażnienia opon. Paracenteza w okolicy wypuklonej błony *Shrapnella* przy nieznacznych poza tem zmianach ze strony błony, likwiduje objawy oponowe, podczas gdy rozwija się obraz periphlebitis szyjnej i Mastoiditis *Bezolda*. Zabieg operacyjny potwierdza rozpoznanie i likwiduje sprawę, okazując też zaawansowaną perisinusitis bez zmian w świetle zatoki.

Trzeci przypadek dotyczy dziecka 3-letniego, gdzie równocześnie z objawami otitis i mastoiditis odrazu (w 3-im dniu) występują oznaki meningealne dość znaczne, które likwiduje paracenteza. Zabieg, następnie wykonany, wykazuje ropę pod dużem ciśnieniem w kości, a w dalszym przebiegu po antrotomii wydala się jeszcze duży martwiak.

Z przypadków tych, które wszystkie skończyły się wyleczeniem, wysnuwa autor wniosek, iż wczesna paracenteza nawet przy małych objawach otoskopijnych jest przy grożących powikłaniach bardzo wskazana. Autor jest zdania, że w opisanych przypadkach przy wykonanej wraz z wystąpieniem *pierwszych* objawów paracentezy można było powikłań uniknąć, zaś dla zabiegu tego t. j. paracentezy bardziej miarodajnym winien być zespół objawów innych (jak: ból, gorączka), niż objawy otoskopijne. Autor kończy słowami: „W zapaleniu ucha środkowego nie należy nigdy wahać się z wykonaniem paracentezy nawet przy błahym i niezupełnym zespole symptomów („Dans une otite aiguë on ne doit jamais hésiter à pratiquer une paracentèse du tympan même avec une symptomatologie fruste et incomplète).

Przypadek gruźlicy krtani wyleczonej od przeszło czteru lat helioterapią przy pomocy mojego rozwieracza i lusterka. (Un cas de laryngite tuberculeuse guérie depuis plus de quatre ans par l'heliotherapie locale avec mon appareil l'ouvrebouche insolateur du larynx). K o w l e r.

j. w.

Autor, który od roku 1922 systematycznie ogłasza przypadki gruźlicy krtani wyleczone przez siebie helioterapią miejscową, opisuje tu przypadek dotyczący pacjenta, chorego na gruźlicę płuc od r. 1913 wedle spostrzeżeń internisty. W kwietniu 1924 prątki w plwocinie. Autor widział pacjenta poraz pierwszy w tymże miesiącu z naciekami strun i owrzodzeniami okolicy międzynalewkowej. W tymże miesiącu helioterapia przy pomocy własnego instrumentarjum (rozwieracz z samotrzymającem lusterkiem niklowem). Z końcem kwietnia internista stwierdza ogólną poprawę u pacjenta. Następnego roku konstatuje autor zupełne wyleczenie zmian miejscowych w krtani. Ostatni raz widział autor pacjenta w r. 1930 w stanie zupełnego zdrowia.

A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Czy należy zarzucić wycięcie macicy przez pochwę? (Faut-il abandonner l'hystérectomie vaginale? F a u r e J. L.

Leç. Clin. Tarnier. Nr. 6, str. 115, 1931.

Autor jest zdania, że pomimo znacznej poprawy wyników operacyj brzusznych nie należy porzucać operacyj pochwowych, w szczególności wycięcia macicy przez pochwę. Niewątpliwie zaletami pochwowego wycięcia macicy są: znacznie mniejsze prawdopodobieństwo zakażenia, uniknię-

HÉMOPLASE
Lumière

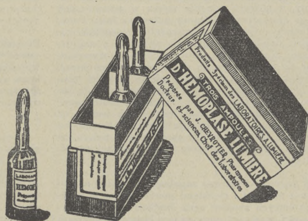
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego do tworzenia ciałek czerwonych.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:



HÉMOPLASE AMPOULES à 10 cc. i á 5 cc.; Niezawodny, nawet
(Domięśniowo) w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: **Dorośli.** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc.; tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat — 2 razy tygodniowo po 2 cc.; od 8 — 13 lat — 2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

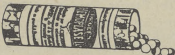
HÉMOPLASE DRAGÉS.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULE. postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

Dzieci od 2 — 6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3 — 4 łyż. dziennie podczas jedzenia.



Skład główny L. NASIEROWKSI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42

Próby i literatura na żądanie WPP. lekarzy.

cie shock'u operacyjnego; ponadto specjalnie u osób tęgich lub znacznie wycieńczonych zabieg pochwowy da się wykonać, a laparatomia połączona jest albo z wielkiem ryzykiem, albo z dużemi trudnościami.

Pochwowe wycięcie macicy nadaje się szczególnie do przypadków stanów zapalnych w miednicy małej, gdzie zwykła kolpotomia nie wystarcza, aby poprawić stan chorej.

Zresztą w najgorszym razie jeśli operator zacząwszy operację przez pochwę nie może jej skończyć, może czasowo założyć zaciskadła od dołu i skończyć operację przez laparatomję.

Twory jajnikowe przerostowe w sąsiedztwie macicy występujące po obustronnem wycięciu jajników. (Les formations ovariennes para-utérines hyperplasiques consecutives a la castration totale). Cornil L., J. Fiolle.

La Presse Médicale, Nr. 19, str. 1445, 1931.

Pod nazwą wymienioną w tytule autorzy rozumieją twory stwierdzane po wycięciu macicy i przydatków; w tworach tych stwierdza się mikroskopowo budowę całkowitego jajnika lub jego części składowych, przedewszystkiem pęcherzyka Graafa i ciała żółtego.

Stąd wynika, że nie wchodzą tu w grę ani twory pochodzące z gruczołów i naczyń chłonnych, wytwarzające się niekiedy w bliźnie pooperacyjnej, ani endometrioma, czyli przerzuty śluzówki macicy do miednicy małej, ani wreszcie nacieki zapalne pooperacyjne.

Skąd powstają te tajemnicze twory? Pierwsza myśl, to wątpliwość, czy nie pozostawiono poprostu kawałka tkanki jajnikowej, z której następnie rozwija się wyżej opisany twór. Wątpliwość ta podniesiona przez *Lecène'a* jest zupełnie usprawiedliwiona jeśli chodzi o trudne techniczne przypadki, ale nie może mieć zastosowania tam gdzie operator z całą pewnością usunął obydwa ruchome i na długiej szypule pozostające jajniki.

Wysuwane drugie przypuszczenie wszczepienia w czasie operacji ułamków jajnika wydaje się mało prawdopodobne. To też autor skłania się do trzeciej hypotezy mianowicie, że omówione twory wytwarzają się z dodatkowego trzeciego jajnika, tembardziej, że jego istnienie nie jest wielką rzadkością skoro zdarza się w 4% przypadków.

Klinicznie schorzenie omawiane zaczyna się powoli bólami i uczuciem ciążenia z przewagą objawów po jednej lub drugiej stronie, krwawień niema, albo są nieznaczne, ciepłota naogół prawidłowa, chyba że występuje zropienie guza, a badanie dwuręczne wykazuje stan przypominający nisko położoną torbiel jajnika.

Rozpoznanie nie jest łatwe, zwłaszcza trudne jest zróżniczkowanie ze zbiorowiskiem płynu w zatoce Douglas'a.

Częstym błędem rozpoznawczym jest wzięcie omawianego tworu za pozostawione przy operacji przydatki, ale też błąd ten nie ma większego znaczenia, gdyż wyjaśni się w czasie i tak koniecznej operacji. Jak z tego wynika najbardziej wskazanem jest leczenie operacyjne i to na drodze laparotomji.

Wykład w sprawie wielowodzia i oligoamnios. (Leçon sur l'hydramnios et l'oligamnios). Vignes Henri.

Progrés méd. 1931 I, 1069.

Normalna ilość wód płodowych wynosi 0,5—1 litra, ilość 3—4 litrów w warunkach prawidłowych należy do rzadkości. Ilości większe należą już do grupy wielowodzia (hydramnios). Objawy kliniczne tego stanu polegają na następujących cechach: macica twarda, napięta, wybitne balotowanie części płodu, których zresztą określić bliżej nie można; tony płodu są słabo słyszalne; przy badaniu wewnętrznem stwierdza się napięcie dolnego odcinka i niekiedy rozwarcie ujścia macicy. Płód leży, „jak żaba" z rozrzuconemi kończynami.

W ciężkich przypadkach występują silne bole w brzuchu, nerkach, lędźwiach, ponadto zaznacza się skłonność do obrzęków, duszności, białkomoczu i zatrzymanie moczu.

Zazwyczaj hydramnios występuje powoli, zasługując na nazwę przewlekłego; niekiedy mija ono równie nieoczekiwanie, jak się zjawiło, niekiedy zaś doprowadza do przerwania ciąży. Ostre hydramnios występuje najczęściej w 4—5 mies.. z nagłem powiększeniem brzucha, przy silnych bólach, wymiotach i schudnięciu.

Te ciężkie objawy doprowadzić mogą, zwłaszcza przy ciąży mnogiej do śmierci matki, o ile nie nastąpi odpuszczenie wód lub poronienie.

Wpływ wielowodzia na przebieg porodu jest powszechnie znany (słabe bóle, powolne rozwie-

ranie się ujścia, wypadnięcie części drobnych, nieprawidłowe ustawienie się płodu, niedowład macicy po porodzie).

W rozpoznaniu różniczkowem pamiętać należy o nadmiernie wielkich płodach, i olbrzymich łożyskach; ponadto wchodzą tu w grę torbiele jajnika, mięśniaki macicy z lub bez ciąży, wreszcie powiększony pęcherz płodowy zwłaszcza przy incarceratio uteri gravidi.

Za przyczyny wielowodzia uważać należy kiłę, ciążę mnogą, białkomocz i cukrzycę. Niestety w 40% przypadków etjologja pozostaje niewyjaśniona.

Co się tyczy rokowania, to dla matki jest ono w przypadkach przewlekłego wielowodzia pomyślne; natomiast dla dziecka niektórzy autorzy (Krahula) stawiają rokowania b. niepomyślne (3,78% żywych, i 1.03% normalnych płodów).

Leczenie polegać winno przyczynowo na podawaniu jodu, względnie kuracji przeciwkiłowej, dyjecie mlecznej. W ciężkich przypadkach wskazane jest nakłucie macicy przez powłoki brzuszne, (o ile chodzi o utrzymanie lub pod koniec ciąży, należy ostrożnie nakłuć pęcherz płodowy przez pochwę).

Oligamnios (zbyt małą ilość wód płodowych) rozpoznajemy wówczas kiedy wód jest nie więcej jak 200 gr.

Macica przytem jest mniejsza od normalnej, ruchy płodu wyczuwa się b. dobrze, ale są one bolesne dla matki. Poród przedłuża się, bóle są złe i bardzo bolesne. Dzieci rodzą się chude i apatyczne, często wykazują wady rozwojowe.

Skóra jest sucha i twarda. Często też spotykają się taśmy amniotyczne.

Przyczyną omawianego stanu są jakoby kiła, alkoholizm, zapalenie śluzówki macicy z następowem zajęciem błon płodowych. *Taussig* sądzi, że oligamnios jest skutkiem martwicy nabłonka.

Znieczulenie lędźwiowe w ginekologji za pomocą perkainy. (La rachianesthésie a la percaine en gynécologie). C o l o m b J.

Gynécol. R. 30, Nr. VIII, str. 472, 1931.

Autor, narkotyzer prywatnego szpitala Saint-Michel w Paryżu dokonał 170 znieczuleń lędźwiowych perkainą i to tak w operacjach ginekologicznych (30), jak chirurgicznych (140). Stosował on metodę Howard Jones'a polegającą na wstrzykiwaniu do kanału mózgowo-rdzeniowego rozczynów perkainy bardzo rozcieńczonych (1:1500 do 1:2000) w wodzie z dodatkiem 0,5% soli. W ten sposób powstaje płyn o ciężarze gatunkowym (1.003) mniejszym od ciężaru gatunkowego płynu mózgowo-rdzeniowego (około 1.005, pomiędzy 1.003 — 1.009). Otóż jeżeli ten lekki płyn znieczulający wprowadzić do kanału rdzeniowego ostrożnie bez mieszania go z płynem mózgowo-rdzeniowym, to perkaina jako lżejsza przedostaje się do góry stanowiąc oddzielną warstwę, oczywista do czasu kiedy według praw osmozy przenikną te płyny przez się nawzajem. Stąd wniosek, że aby zadziałać na górny odcinek rdzenia, trzeba umieścić chorą w pozycji siedzącej, aby zadziałać na dolny — raczej w pozycji Trendelenburga, na przednie korzonki — ułożyć na plecach, na tylne — na brzuch.

Ponadto okazuje się, że zależnie od ilości wstrzykniętego płynu znieczulenie działa wyżej lub niżej. Autor podaje nawet następującą tabliczkę: wprowadzenie 20 cm^3 znieczula aż do segmentu

					D^2 — D^3
„	17	„	„	„	D^3 — D^4
„	15	„	„	„	D^5 — D^6
„	13	„	„	„	D^8 — D^{10}
„	10	„	„	„	D^{12} — L^2
„	6	„	„	„	L^4 — L^5

A więc, aby uzyskać znieczulenie sięgające do przepony wystarczy wstrzyknąć 15 — 18 cm^3, dla operacji ginekologicznych wystarczy 10 — 13 cm^3 gdyż daje to znieczulenie do wysokości dwu palców ponad pępek; dawka 8 — 10 cm^3 winna mieć zastosowanie w operacjach pochwowych.

Wyniki znieczulenia perkainą są bardzo dobre, osoba operowana zachowuje się spokojnie, nie wymiotuje; ciśnienie spada od 20 — 30 mm. Hg.; znieczulenie trwa od 1½ godz. do 2½ godz., a po niem przychodzi do zmniejszonego odczuwania bólów w ciągu mniejwięcej 5—6 godzin. Powikłania występujące po znieczuleniu są nieliczne: bóle głowy zdarzyły się w 5 przypadkach, zatrzymania moczu niekiedy występujące po operacji nie zależą od znieczulenia.

Kilka spostrzeżeń w sprawie gruźlicy i ciąży. (Quelques observations de tuberculose et grossesse). S t i a s s n i e J.

Leç. Clin. Tarnier. T. 7. 27, 1931.

Badając wpływ ciąży na gruźlicę pamiętać należy o rozmaitych postaciach tej ostatniej. Jedne z nich mają skłonność do wytwarzania zmian serowatych, inne — raczej do zmian włóknistych. Ponadto istnieje postać t. zw. dobrotliwa z nieznacznym zajęciem płuc i współistnieniem schorzenia opłucnej.

Ponadto należy brać pod uwagę, czy 1) pierwsze objawy stwierdzono dopiero w czasie ciąży; 2) czy też istniały one jeszcze przed ciążą, 3) czy znowu wystąpiły dopiero w połogu, uważając za takowy 6 mies. po porodzie.

Co się tyczy dziecka, to wiadomo, że jeśli oddzielić je od matki kaszlącej, to można wychować je zupełnie dobrze; pogląd o istnieniu wrodzonej gruźlicy, (zakażenie po przez łożysko) nie jest słuszny.

Z drugiej jednak strony, zdaniem autora, poród zawsze powoduje pogorszenie gruźlicy, bardziej wydatne w postaciach serowatych, mniej silne w postaciach włóknistych, ale tylko w przypadkach zajęcia opłucnej może nie być pogorszenia. Rokowanie jest zawsze poważne i wyleczenia oczekiwać można tylko po długiej kuracji sanatoryjnej.

Uwagi w sprawie anemji złośliwej w ciąży. (Considérations sur l'anémie pernicieuse de la femme enceinte). B r i n d e a u A.

Leç. clin. Tarnier. 6, Nr. 4, 1930.

Niedokrwistość złośliwa jest bardzo rzadka w ciąży; autor uważa, że podawana dawniej liczba 7 przypadków na 8.000 porodów jest zbyt wysoka. Czynnikami predysponującemi są częste porody, długotrwałe krwawienia, a może także wpływy klimatu i gleby (naprz. we Włoszech i w Szwajcarji przypadki te zdarzają się stosunkowo częściej).

Stosunek ciąży do niedokrwistości nie jest jeszcze ustalony — być może, że wpływa ona raczej pomyślnie na omawianą chorobę i że mamy do czynienia nie z „anemia graviditatis", ale z anaemia in graviditate". Pomimo to jednak biorąc pod uwagę niebezpieczeństwo schorzenia, lepiej jest we wczesnej ciąży wywołać sztuczne poronienie, w późnej — wyczekiwać.

Najczęściej anemja uwidacznia się dopiero w 7—8 mies. ciąży.

Leczenie polega na podawaniu wątroby. Ostateczne rozpoznanie opiera się na badaniu krwi, ale pamiętać należy, że obraz kliniczny czasem jest bardzo złudny, gdyż niekiedy na plan pierwszy wysuwa się wysoka gorączka i objawy żołądkowe.

Cięcie cesarskie w leczeniu łożyska przodującego. (La césarienne dans le traitement du placente praevia). Desoubry J.

Leç. Clin. Tarnier. t. 6. 132, 1930.

W klinice Tarnier na ogólną ilość 7050 porodów wykonano cięcie cesarskie w 12 przypadkach z powodu łożyska przodującego.

W lekkich przypadkach najlepszą metodą jest przebicie pęcherza, należy go wypróbować w krwawieniach przy stojącym pęcherzu płodowym. Niestety, bynajmniej nie zawsze zabieg ten prowadzi do celu.

Tamponada daje 40% śmiertelności matek i 60 — 80% śmiertelności dzieci; ponadto daje ona dużą ilość powikłań w połogu.

Balon ma licznych stronników, ale i ta metoda nie jest całkowicie aseptyczna. Śmiertelność dzieci wynosi przy niej 20%.

Obrót Braxton-Hicks'a daje dobre wyniki dla matek (1 — 4% śmiertelności). Jest to metoda technicznie dość trudna.

Rozszerzenie ręczne ujścia zewnętrznego macicy, krwawienia nie zatrzyma, a połączone jest z poważnem niebezpieczeństwem pęknięcia szyjki i zakażenia.

Głównemi zaletami cięcia cesarskiego przy łożysku przodującem są: 1) omijamy rozszerzenie dolnego odcinka i połączonych z tem pęknięć; 2) możemy dokładniej obejrzeć miejsce usadowienia łożyska; 3) unikamy pęknięć macicy (przy trudnych obrotach); 4) śmiertelność dzieci spada do 10 — 17%. Śmiertelność matek wynosi przy tej metodzie 3,5%.

Cięcie cesarskie należy stosować tylko o ile ciąża zbliża się ku końcowi i o ile spodziewamy się uzyskać dziecko zdolne do życia. W wyjątkowych przypadkach, jeśli matce grozi przy zastosowaniu innej metody niebezpieczeństwo życia, można wykonać cięcie cesarskie nawet przy martwym płodzie. Jeśli pacjentka znajduje się w stanie anemji spowodowanej parokrotnemi krwawieniami, należy również rozwiązać ją cięciem cesarskim.

Oczywista, cięcie cesarskie raczej wskazane jest u pierwiastek z niepodatnym ujściem macicy, wtedy, kiedy u wieloródek prędzej można dać sobie radę innemi metodami. Ponadto względnemi wskazaniami do zastosowania w przypadkach przodującego łożyska cięcia cesarskiego, będą: zwężona miednica, pęknięcie szyjki, wypadnięcie barku, duże dziecko; stara pierwiastka, życzenie stanowcze żywego dziecka.

Nowe sposoby leczenia raka. (Un nouveau traitement pour le cancer). Magian A. C.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 20, str. 316, 1931.

Autor twierdzi, że obok zwykłego leczenia operacyjnego i energją promienistą stosować należy u osób chorych na raka — zaszczepianie świeżego łożyska (najlepiej uzyskanego jałowo przy okazji cięcia cesarskiego), a w następstwie wspierać działanie wewnątrz wydzielnicze tego wszczepu przez injekcje raz na tydzień wyciągu świeżego łożyska i jajnika.

Wszczep łożyska uskutecznić można bądź w ranę pooperacyjną, bądź też przy raku części po-

chwowej macicy umieścić na owrzodzenie po oczyszczeniu jego powierzchni.

Z trzydziestu tak leczonych przypadków żyje po 5 latach 10 (a mianowicie 8 przyp. raka piersi, 2 przyp. raka macicy).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Leczenie energiczne kiły pochodnemi bizmutu, rozpuszczalnemi w lipoidach. (Le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth lipo-soluble). A. Schwartz.

Presse Méd., 1931, N. 44.

Praca jest oparta na blisko dziesięcioletnim doświadczeniu autora w leczeniu kiły. W około 5.000 przypadków kiły wszystkich okresów i postaci stosowano tylko zastrzyki bizmutu rozpuszczalnego w lipoidach. Zestawiając własne wyniki leczenia i wyniki innych syfilodologów, autor nie może zrozumieć, dlaczego niektórzy praktycy stawiają wyżej preparaty arsenowe od bizmutowych, gdy chodzi o szybkie usunięcie wykwitów kiłowych, skoro różnica w czasie gojenia się wykwitów wynosi 3 do 4-ch dni. Biorąc pod uwagę stały wzrost ilości przypadków arseno-odpornych i pewne niebezpieczeństwo, na jakie naraża się chorego przez zastrzyk neosalvarsanu, lekiem stojącym na pierwszem miejscu w lecznictwie kiły powinien być bizmut rozpuszczalny w lipoidach. Jest to lek szybki i skuteczny. Neosalvarsan proponuje autor stosować w przypadkach wyjątkowych w których bizmut zawodzi.

Czy leki przeciwkiłowe bizmutowe i pochodne trójwartościowego arsenu są w stanie ostatecznie wyleczyć kiłę? (Les médicaments antisyphilitiques actuels bismuth et arsenic trivalent réalisent — ils la guérison définitive de la syphilis?). C. Levaditi i P. Lépine.

Presse med., 1931 N 51.

Liczne doświadczenia autora na królikach zakażonych kiłą, leczonych pochodnemi rozpuszczalnemi bizmutu a także arsenobenzolem — pozwalają autorowi wyciągnąć następujące wnioski:

gruczoły limfatyczne podkolanowe u królików kiłowych, zakażonych przez mosznę — zawierają prawie zawsze czynne krętki; jeżeli te zwierzęta podda się seryjnemu leczeniu w dawkach dostatecznie wysokich bizmutem, rozpuszczalnym w lipoidach (Bivatol) nierozpuszczalnym (Trepol) lub arsenobenzolem, — to uzyskuje się nietylko wyleczenie i wyjałowienie bogatych w krętki kilaków, lecz zniszczenie wszystkich krętków, znajdujących się w układzie limfatycznym zwierzęcia. Jeżeli wyjałowienie gruczołów limfatycznych można przyjąć jako kryterjum wyjałowienia całego organizmu, to, według doświadczeń autora, przy pomocy pochodnych bizmutu, rozpuszczalnych w lipoidach w połączeniu z innemi pochodnemi bizmutu i arsenobenzolami lub bez pomocy tych dodatkowych leków można uzyskać całkowite wyleczenie doświadczalnej kiły u królika. Ponadto doświadczenia na myszach wykazały, że jeżeli zastosujemy energiczne leczenie powyższymi lekami nie później jak 14 dni po zakażeniu, to uchronimy myszy od wtargnięcia procesu chorobowego do centralnego systemu nerwowego. Autor odnosi wrażenie, że także u ludzi musi być kiła wyleczoną całkowicie przez odpowiednio wczesne leczenie pochodnemi bizmutu i arsenu.

Wpływ insuliny na owrzodziałe raki skóry. (L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau). S. T. Gomes da Costa.

Presse Medic. 1931, N 84.

Pierwsze spostrzeżenia tyczące się wzrostu nowotworów w zależności od odżywiania poczynił *Rondoni*, który zauważył silny wzrost nowotworów u myszy po zastrzyku dożylnym cukru lub po zastosowaniu djety obfitującej w węglowodany.

Po szeregu doświadczeń wykazano następnie, że tkanka rakowa zużywa 70 razy więcej glukozy niż tkanka normalna. Zużycie nie polega na procesie utleniania lecz na odrębnym sposobie rozkładu glukozy. Aby zauważyć zmianę wzrostu nowotworu należało znacznie zmniejszyć glikemję bez równoczesnego obniżenia odżywienia organizmu, gdyż upośledzenie w odżywieniu samo przez się powoduje zmniejszenie wzrostu nowotworów. To zagadnienie rozstrzygnięto przy pomocy insulimy.

Wpływ insuliny stosowanej w zastrzykach na nowotwory zwierzęce badany był przez licznych autorów.

Autor wykonał szereg doświadczeń z insuliną stosowaną zewnętrznie miejscowo na 12 przypadkach złośliwych nowotworów u ludzi (carcinoma plano-cellulare, baso-cellulare i w rakach, wychodzących z gruczołów skóry). Stosowano początkowo insulinę Schering-Kahlbaum'a później insulinę Toronto, A — B i inne. Po wyjałowieniu owrzodziałych raków przy pomocy maści z rivanolem, kroplami bezpośrednio zwilżano całe dno owrzodzenia; po wyschnięciu dna pokrywano je suchym opatrunkiem jałowym, który następnie zwilżano jeszcze kilkoma kroplami insuliny. Zabieg taki powtarzano 2 razy dziennie. Przy pomocy tego leczenia uzyskano we wszystkich przypadkach szybkie zabliźnienie ogniska rakowego, nawet w przypadkach nawrotu po naświetlaniu promieniami X lub radem. Zabliźnianie trwało, naprzykład, w przypadkach owrzodzenia o wymiarach 5 × 2 cm. — 3 do 4-ch tygodni. Badania histologiczne skrawków tkanki w otoczeniu blizny i samej blizny wykazało w niektórych przypadkach znaczne zmniejszenie ilości tkanki nowotworowej, w niektórych zupełny jej brak. Autor uważa za przedwczesne twierdzenie, że insulina jest w stanie wyleczyć raki owrzodziałe skóry, doświadczenia powyższe powinny obudzić jednak, jego zdaniem, zainteresowanie. Autor jest w trakcie dalszych doświadczeń nad leczeniem raków skóry przy pomocy substancji o podobnych właściwościach do insuliny (ergotamina, synthalina, alkaloidy i t. d.).

Dr. Z Jastrzębska.

KRONIKA

Kurs dokształcający dla lekarzy, organizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, odbędzie się w czasie od 3.IV do 16.IV 1932 r. przy współudziale profesorów i docentów Uniw. Warsz. Poza wykładami odbędą się również kursy seminaryjne z djagnostyki i terapji waż-

niejszych działów medycyny. Wszelkich informacyj udziela sekretarz Kursu dr. Mieczysław Czyżewski — Klinika Chirurgiczna, Nowogrodzka 59, tel. 664-70. Szczegółowy program zostanie podany do wiadomości w najbliższym czasie.

(—) *Prof. Dr. Wl. Szenajch.*

* * *

MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKI W VICHY

Wyłączny temat: Kamica żółciowa.

Następujące referaty wygłoszone zostaną na posiedzeniach plenarnych Kongresu Międzynarodowego, który odbędzie się w VICHY od 19 do 22 września 1932 r. pod wysokim protektoratem Ministra Zdrowia Publicznego przy udziale 38 państw.

1-o. NASTĘPSTWA WYCIĘCIA WORECZKA ŻÓŁCIOWEGO

A. Klinika i patogeneza następstw usunięcia woreczka — Dr. *V. Donnet,* New York, Prof. *Mariano Castex,* Buenos Aires.

B. Objawy bólowe występujące po operacji woreczka żółciowego — prof. *Castaigne, Clermont - Ferrand.*

C. Wskazania do zabiegów operacyjnych — prof. *Gosset* i prof. *Petit-Dutaillis,* Paryż.

D. Lecznictwo ogólne i wodolecznictwo — prof. *Giraud,* Montpellier.

E. Djagnostyka rentgenologiczna — prof. *Beclere,* Paryż.

2-o. LECZENIE OGÓLNE I WODOLECZNICZE ZAPALENIA WORECZKA ŻÓŁCIOWEGO W KAMICY ŻÓŁCIOWEJ

A. Główne wskazania do drenowania woreczka żółciowego w kamicy żółciowej — prof. *Chiray,* Paryż i Dr. *Pavel,* Bukareszt.

B. Wskazania i przeciwskazania do stosowania środków żółciopędnych w kamicy żółciowej — prof. *Chabrol,* Paryż.

C. Leczenie zakażeń woreczka żółciowego — Prof. *Abrami,* Paryż.

D. Opieka przed- i pooperacyjna w kamicy — Prof. *Umber,* Paryż.

E. Działanie wód mineralnych — Prof. *Piery,* Lyon.

F. Fizjoterapja uśmierzająca w schorzeniach woreczka żółciowego — Dr. *Delherm* i Dr. *Dausset,* Paryż.

3-o. KAMICA WĄTROBOWA

A. Rola wątroby w patogenezie kamicy żółciowej — prof. *Fiessinger,* Paryż.

B. Żółtaczka w kamicy głównego przewodu żółciowego — prof. *Brule,* Paryż.

C. Zmiany wątroby w żółtaczce kamicowej — Prof. *Harvier,* Paryż.

D. Metody badania wątroby w żółtaczce kamicowej:
   a) metody chemiczne — Dr. *Dieryck,* Louvain;
   b) metody radjologiczne — Dr. *Gilbert,* Genewa.

E. Wskazania chirurgiczne w żółtaczce kamicowej — prof. *Gatellier,* Paryż.

BIURO KONGRESU:

Przewodniczący kongresu: prof. *P. Carnot.*
Przewodn. Sekcji Ogólnej: prof. *M. Loeper.*
„ „ Chirurg.: prof. *P. Duval.*
„ „ Terapeut. i Hydrolog.: prof. *M. Villaret.*
Przewodn. Sekcji Elektro-Rentgenolog. i Fizjoterapji: Dr. *Belot.*
Sekretarz główny: Dr. *Aimard.*
Zastępca sekretarza: Dr. *Glenard.*

Zgłoszenia uczestnictwa i wszelkie zapytania winny być kierowane do Sekretarjatu Kongresu: Paryż, 24, Bd. des Capucines, Paris.

* * *

Kurs teorji i praktyki z dziedziny radjologji, urządzony przez P. L. T. R. odbędzie się w Warszawie w czasie od dn. 20.VI do dn. 9.VII 1932 r.

Bliższych informacji udziela sekretarz P. L. T. R. dr. B. Kryński, Zielna 11, tel. 675-78.

III Zjazd P. L. T. R. odbędzie się dn. 4 — 5.V r. b. w Warszawie. Tematy główne:

1) Stosunek obrazu radjologicznego do obrazu klinicznego w gruźlicy płuc.
2) Mięsaki kostne w obrazie radjologicznym.
3) Promieniolecznictwo gruźlicy.
4) Radjotherapia chorób nerwowych.

Uprasza się o zgłaszanie tematów łączących się z tematami głównymi, lub też tematów dowolnych do dn. 15.III na ręce dr. B. Kryńskiego.

Sekretarz P. L. T. R.

* * *

Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego urządza kurs dokształcający dla lekarzy w czasie od 3 kwietnia 1932 r. do 16 kwietnia 1932 r.

Wykłady wraz z pokazami odbywać się będą w godzinach popołudniowych od godz. 15-ej do 20-ej. Godziny przedpołudniowe będą poświęcone specjalnym kursom t. zw. seminaryjnym, czysto praktycznym, z różnych działów medycyny.

Tematy wykładów, które ogółem obejmą 53 godziny, są następujące:

Prof. Dr. W. Orłowski — „Lues cardiovascularis“, Doc. Dr. W. Filiński — „Leczenie chorób serca“, Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski — „Klinika i leczenie zapaleń wsierdzia“, Doc. Dr. Z. Górecki — „Patogeneza i klasyfikacja gruźlicy płuc“, Dr. J. Grott — „Leczenie cukrzycy“, Doc. Dr. L. Karwacki — „O bakterjofagach“, Prof. Dr. K. Orzechowski — „Z pogranicza neurologji i innych działów medycyny praktycznej“, Doc. Dr. S. Pieńkowski — „Kliniczne postacie zapaleń mózgu“, Prof. Dr. M. Michałowicz — „Zasady odżywiania niemowląt“, Prof. Dr. Wł. Szenajch — „O odrębnościach przemiany materji i odżywianiu dzieci starszych“, Dr. H. Brokman — „O leczeniu krzywicy i tężyczki“ i „O zapobieganiu i leczeniu choroby posurowiczej“, Dr. R. Stankiewicz — „Powikłania grypy i ich leczenie“, Doc. Dr. Marta Erlich — „Najważniejsze błędy w odżywianiu niemowląt“, Prof. Dr. A. Leśniowski — „Kamica narządów moczowych“, Prof. Dr. Z. Radliński — „Zapalenie szpiku kostnego“, Doc. Dr. J. Mossakowski — „Leczenie cierpień chirurgicznych w cukrzycy“, Doc. Dr. A. Wojciechowski —

„Nowoczesne leczenie zwichnięć i złamań", Doc. Dr. W. Łapiński — „Rozpoznawanie i leczenie wrodzonych zwichnięć biodra", Doc. Dr. J. Zaorski — „Rozpoznawanie i leczenie ostrej niedrożności jelit", Doc. Dr. Br. Szerszyński — Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy nerek", Doc. Dr. K. Kaczyński — „Schorzenia chirurgiczne sutka", Doc. Dr. A. Elektorowicz — „Djagnostyka rentgenologiczna chorób płucnych", Doc. Dr. M. Grzybowski — „Zasady ogólne leczenia chorób skóry", Doc. Dr. St. Kapuściński — „Współczesny stan leczenia kiły", Prof. Dr. L. Hirszfeld — „O istocie odczynów serologicznych", Doc. Dr. H. Sparrow — „O szczepieniach ochronnych przeciwbłoniczych", Doc. Dr. W. Melanowski — „Objawy oczne i ich znaczenie dla rozpoznawania i rokowania w chorobach układu krążenia", Prof. Dr. A. Czyżewicz — „Rola lekarza w prowadzeniu porodu", Doc. Dr. Z. Monsiorski — „O mięśniakach macicy", Doc. Dr. L. Lorentowicz — „Istota i leczenie nadżerek części pochwowej macicy", i „Leczenie szczepionkami w ginekologji", Doc. Dr. H. Gromadzki — „Diagnostyka i leczenie ciąży zamacicznej", Doc. Dr. H. Beck — „Krwotoki w III okresie porodu i po porodzie".

Kursy seminaryjne będą dotyczyły następujących działów medycyny:

„Kurs odmy sztucznej — Dr. Janina Misiewicz, „Zwichnięcia i złamania" — Doc. Dr. A. Wojciechowski, „Terapja i klinika cierpień chirurgicznych narządów moczowych" — Doc. Dr. Br. Szerszyński, „Teorja i technika przetaczania krwi" — i „Ambulatorjum chirurgiczne (II Klinika Chirurgiczna)" — Doc. Dr. J. Rutkowski, „Chirurgja nagłych przypadków (Dyżury w I Klinice Chirurgicznej") — Doc. J. Mosakowski i Dr. J. Perzyński, „Ginekologja w praktyce ambulatoryjnej" — Dr. H. Wójcicki, „Operacje położnicze na fantomie" — Doc. Dr. H. Beck, „Djagnostyka położnicza" — Dr. T. Zawodziński, „Leczenie rzeżączki przewlekłej i uretroskopja" — Doc. Dr. M. Grzybowski, „Z kliniki noworodków" — Doc. Dr. Marta Ehrlich, „Wybrane rozdziały z kliniki niemowląt" — Dr. Dr. R. Barański, S. Popowski i M. Wierzbowska.

Każdy uczestnik opłaca kurs wykładowo-pokazowy w wysokości 50 zł. (poprzednio 75 zł.). Co się zaś tyczy kursów seminaryjnych, to opłatę wnosić należy za każdy kurs oddzielnie, licząc za kurs 6-cio godzinny — 12 zł., za 8-io godzinny — 16 zł., za 12-sto godzinny — 24 zł.

Rozkład godzin pracy na kursach będzie tak ułożony, aby każdy z uczestników mógł wziąć udział przynajmniej w 2-ch kursach. Liczba uczestników na poszczególnych kursach seminaryjnych jest ograniczona, najniższa liczba wynosi 6 osób, najwyższa — 10.

Zgłoszenia na Kurs dokształcający i na poszczególne kursy seminaryjne będą przyjmowane do 20.III.1932 r. Pożądane są jaknajwcześniejsze zgłoszenia kandydatów na Kurs ze względów organizacyjnych.

Wszelkich informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia na Kurs sekretarz Kursu Dr. M. Czyżewski — I Klinika Chirurgiczna, Nowogrodzka 59, tel. 664-70.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie krwotoków żołądkowych przez założenie na stałe zgłębnika żołądkowego. Cienką rurkę gumową, grubości cewnika Nélatona i tak jak ten cewnik zakończoną, wprowadza się przez nos do żołądka, wypłókuje się kilkakrotnie skrzepy krwawe i zwykle kwaśną wybitnie treść żołądkową i, następnie, zanurza się koniec zewnętrzny rurki gumowej do naczynia z wodą, która działa wówczas, jak syfon, aspirując stale płyn z żołądka. Rurkę tę pozostawia się na 3 — 4 dni, w czasie których można wprowadzać przez nią do żołądka płyny przeciwkrwotoczne, względnie roztwory wodne białka lub żelatyny — w celu łagodzenia pragnienia. Od czwartego dnia począwszy wprowadza się ową rurkę głębiej, do dwunastnicy, i odżywia się chorego z pominięciem żołądka, stwarzając w ten sposób pomyślne warunki dla gojenia się wrzodu. Wyniki, osiągnięte tym sposobem, były bardzo dobre.
(Paris Médical N. 46, 1931).

M.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.

OD REDAKCJI.

KONKURS
„WIEDZY LEKARSKIEJ“

Zgodnie z warunkami ogłoszonego w roku zeszłym konkursu „Wiedzy Lekarskiej“ podajemy obecnie opinję Sądu Konkursowego.

Sąd Konkursowy pod przewodnictwem P. Prof. W. Orłowskiego po zaznajomieniu się z dość licznie nadesłanemi pracami stwierdził naogół bardzo mierny poziom prac wobec czego postanowił: pierwszej nagrody żadnej z nich nieudzielać, natomiast przyznać autorom 2 prac najbardziej się wyróżniających dwie nagrody zł. 500 i 250; w ten sposób nagrody uzyskują:

500 zł. Autor pracy p. t. Wpływy niektórych środków roślinnych na przebieg gruźlicy. Godło „Tussilago“.

250 zł. W sprawie porównawczego rozpoznania i leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego. Godło „Hromszczanin“

Po otwarciu kopert z godłami okazało się, że nagrody otrzymują:

P. P. Dr. H. Skwarczewska i J. May (500 zł.)

P. Dr. Feliks Hłasko (250 zł.)

Nagrodzeni autorzy proszeni są o porozumienie się osobiste lub piśmienne z Administracją pisma celem podjęcia nagród.

Ponadto Sąd Konkursowy zakwalifikował do druku na warunkach zwyczajnych prace:

Rozpoznanie i leczenie stanów pośpiączkowych, Godło: „Dominikanin“

O uśmierzaniu dysphagji, Godło: „Antivirus“

Ostre śmiertelne powikłania suchot, Godło: „Praca“.

Schorzenia stawowe u chorych na kiłę. Godło: „Lekarz“.

Autorzy wyżej wymienionych nienagrodzonych prac są proszeni o niezwłoczne zawiadomienie Redakcji, czy zgadzają się na wydrukowanie swych prac na warunkach zwykłych i na poczynienie w razie potrzeby przez Redakcję odpowiednich skrótów i zmian.

Prace nienagrodzone i niezakwalifikowane do druku są do odebrania w Administracji.

Redakcja Wiedzy Lekarskiej poczuwa się do miłego obowiązku złożenia na ręce Pana Profesora Witolda Orłowskiego — serdecznego podziękowania członkom Sądu za trudy poniesione w związku z konkursem.

Jednocześnie ogłaszamy następny, czwarty z rzędu, Konkurs Wiedzy Lekarskiej, prosząc jednocześnie p. p. Autorów o zwrócenie uwagi, że uzyskanie I nagrody jest możliwe tylko, jeżeli poziom pracy istotnie jest wysoki.

WARUNKI KONKURSU:

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy", z wyjątkiem stałych współpracowników pisma.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy". Na konkurs mają być nadesłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w trzech egzemplarzach do Administracji „Wiedzy", najpóźniej do dnia 31 grudnia 1932 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1933 „Wiedzy". Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy", w ciągu roku 1933.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda główna wynosi 3000 zł, oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł. i dwie po 250 zł.

7. W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody głównej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo, albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagrody wymienionej na mniejsze części, to samo dotyczy nagród pocieszenia.